

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N° 644

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 22 juillet 1898 à 1 heure

Par STÉPHANE JOLY

Né à Saint-Paul (Ile de la Réunion), le 17 avril 1869
Ancien externe des hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA TUBERCULOSE

PRIMITIVE DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. RICARD, professeur.
POIRIER et LEJARS, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

644

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 22 juillet 1898 à 1 heure

Par STÉPHANE JOLY

Né à Saint-Paul (Ile de la Réunion), le 17 avril 1869
Ancien externe des hôpitaux

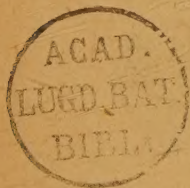
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA TUBERCULOSE

PRIMITIVE DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. RICARD, professeur.
POIRIER et LEJARS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. BROUARDEL
		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
		HUTINEL.
Pathologie médicale		DEBOVE.
		LANNELONGUE.
Pathologie chirurgicale		CORNIL.
Anatomie pathologique		MATHIAS DUVAL.
Histologie		TERRIER.
Opérations et appareils		POUCHET.
Matière médicale et pharmacologie		LANDOUZY
Thérapeutique		PROUST.
Hygiène		BROUARDEL.
Médecine légale		LABOULBENE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		CHANTEMESSE.
Pathologie expérimentale et comparée		POTAIN.
		JACCOUD.
Clinique médicale		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchements		N.
		PINARD.

Agréés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	REITTERER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE CADET, MON COMPAGNON D'ÉTUDES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE

M. LE D^r HANOT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris

A MES MAÎTRES EN CHIRURGIE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE D^r TILLAUX

Professeur de Clinique Chirurgicale

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Hommages de profonde gratitude

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

PRIMITIVE DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

Le dernier congrès de la tuberculose, les récentes discussions concernant les rapports de cette diathèse avec la scrofule, ont eu pour résultat de mettre en vedette la nosographie de la tuberculose. Les constants progrès de la chirurgie moderne, et les succès de plus en plus croissants de la bactériologie ont élargi notre sphère d'action sur les tuberculoses dites locales.

Parmi ces dernières, les annexites tuberculeuses ont surtout été étudiées dans la première moitié de notre siècle, et le manuel opératoire de ces affections bien déterminé dès le commencement de l'autre moitié.

Ainsi, à côté d'elle, l'histoire des salpingo-ovarites d'étiologie purement inflammatoire a vu incessamment gran-

dir son émule, l'histoire des annexités d'origine tuberculeuse. Celles-ci ne tardèrent pas à attirer et à fixer l'attention par la dualité de leur processus, secondaire et primitif. Si le mode secondaire est le plus fréquent, le mode primitif nous paraît être le plus intéressant et le plus important. En présence d'un cas d'annexite, même à début franchement inflammatoire, il nous paraît rationnel et nécessaire de penser à une tuberculose locale ; et nous serions heureux si notre modeste travail, inspiré par nos éminents maîtres en chirurgie, contribuait à faire quelquefois dépister une manifestation longtemps torpide de la diathèse tuberculeuse, et à arrêter la marche envahissante de cette dernière, par la laparotomie et l'ablation des annexes.

Nous tenons à assurer ici de notre profonde gratitude nos maîtres, le Dr Walther, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé, le Dr Le Bec, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, et le Professeur Tillaux dont nous avons deux ans suivi les cliniques et le service, et qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

HISTORIQUE.

Jusqu'en 1865, aucune mention de tuberculose primitive des annexes de l'utérus n'avait été faite dans le monde médical.

L'histoire de la salpingo-ovarite tuberculeuse, commencée par Louis (1825), qui cita deux cas de tuberculose de l'utérus et de ses annexes, et affirma (sans d'ailleurs fournir de preuves positives) avoir trouvé, à l'autopsie de 1/20 de femmes tuberculeuses, les ovaires tuberculeux, — continuée par Reynaud en 1831, dans les *Archives générales de médecine*, — par Aran (1858), — par Namias (de Venise) (1), — par Cruveilhier (2), — par Rokitansky (1860), — par Bernutz et Goupil (1860), — par Pillaud (1861), — par Siredey (3), par le professeur Brouardel qui, en 1865,

1. *Sulla tuberculosi dell utero et degli organi ad esso attenenti. In Memorie dell istituto stesso.* Venezia, 1858. Vol. III.

2. *Anat. patholog.* T. IV.

3. *De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines.*

dans sa thèse inaugurale, colligea les documents antérieurs en un travail magistral au point de vue clinique et thérapeutique, — étudiée ensuite par Giraud (1), — par Vermeil (2), — par Spœth (Thèse de Strasbourg, 1885), qui publie 119 cas de tuberculose génitale, n'eut son ère chirurgicale qu'en 1885, époque à laquelle Viedow publia quatre observations de salpingectomie faites par Hegar pour salpingites tuberculeuses.

En 1886, Hégar (3) fait paraître une monographie remarquable sur la tuberculose génitale chez la femme. Cette date est *l'hégire* de l'histoire de la salpingo-ovarite tuberculeuse. Pour la première fois, l'examen bactériologique avait été fait, pour les sept cas nouveaux opérés et avait fait constater dans les parois des trompes l'existence de bacilles de Koch.

La même année, deux cas de laparotomie pour salpingite tuberculeuse furent publiés par Martin et Ménier.

En Allemagne, Munster et Orthmann (4) (1886), Kötschau (5) (1887), pratiquèrent la laparotomie pour des pyo-salpinx d'origine tuberculeuse. De plus, ce dernier chirurgien publia l'examen histologique et bactériologique positifs de trompes et d'ovaires atteints de tuberculose primitive.

1. *Tuberculisation des organes génitaux de la femme*. Thèse, 1868.

2. *Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeuses*, 1880

3. *Génit. tub. des Weibes* Stuttgard 1886.

4. Pyo-salpinx d'origine tuberculeuse. *Arch. für Gynæk* Band. XXXIX.

5. *Arch. für Gyn t.* XXXI p. 265, 1887.

En France, la laparotomie pour annexites tuberculeuses ne tarda pas à prendre ses *lettres de marque* avec Jeannel (1887), Chantelux (1888), Routier et Horteloup (1888).

La chirurgie trouva dans l'histologie une puissante auxiliaire, grâce aux études magistrales de Cornil et Terrillon (1) sur l'anatomie et la physiologie pathologiques des pyo-salpinx tuberculeux.

Puis vinrent les excellentes thèses de Montprofit (2) (1888), de Daurios (3) (1889). Ce dernier travail d'une grande portée clinique constitue le meilleur résumé de tous les cas d'interventions pratiquées jusqu'alors.

Nous n'aurions garde d'oublier les publications de Terrillon, dans les *Archives de Tocologie* (1889), de laparotomies faites par lui, pour salpingites tuberculeuses, le remarquable *Traité de gynécologie*, de Pozzi (1890), et le travail de Delbet, *Suppurations pelviennes chez la femme* (1891), et le *Traité des salpingites et ovarites* de Terrillon (1891), toutes œuvres où nous nous sommes permis de puiser pas mal de documents.

La thèse inaugurale de Massia (4) nous a été très précieuse pour les renseignements cliniques et anatomo-pathologiques que nous y avons pris. Celle de Reymond (5),

1. Cornil et Terrillon. *Archives de physiologie* 1887, Cornil. *Leçons* 1889.

2. Montprofit. *Salpingites et ovarites*, Thèse 1888.

3. Daurios. *Contribution à l'étude de la tuberculose des organes génitaux de la femme*. Thèse 1889.

4. R. de Massia. *Des salpingo-ovarites tuberculeuses*. Thèse (1891).

5. Reymond. *Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la bactériologie des salpingo-ovarites*, th. de Paris 1894-1895.

résume les données antérieures et jette un jour nouveau sur l'histogénèse de la maladie.

Enfin en 1897 paraît la thèse de Yordanoff « *Recherches cliniques et bactériologiques* »

Mais avant la thèse de Brouardel (1), l'histoire des annexites tuberculeuses primitives n'avait pas encore été faite. Cet auteur en cite six cas très intéressants que nous relatons dans notre thèse.

Lépine, dans le *Bulletin de la Société anatomique* de 1873, en rapporte un autre cas.

Vermeil, dans sa thèse des *Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeuses* (Paris 1880), publie une observation d'annexite tuberculeuse ayant précédé toute autre manifestation de la diathèse.

En 1885, Dalché dans sa thèse « *De l'ovarite* », rapporte un cas d'ovarite tuberculeuse double primitive, suivie de méningite tuberculeuse. Cette observation, qui assombrit le pronostic de la lésion livrée à elle-même, est sous le contrôle de l'examen histologique et bactériologique.

En 1887, Kotschau dans les *arch. für Gynecolog.* t. XXXI, rapporte un cas de tuberculose primitive des trompes et des annexes, dont l'examen histologique a été fait.

En 1888, sir Edmond Walther, à la société pathologique de Londres communique un cas de tuberculose primitive de l'ovaire droit. Laparotomie. Mort. Examen histologique fait.

1. Brouardel. *La tuberculose des organes génitaux de la Femme* thèse de Paris 1865.

Cette même année, en juillet, Cornil et Dobroblonvski, publient une observation d'annexite tuberculeuse dans, un *Mémoire sur la tuberculose expérimentale de l'utérus*.

A peu près à la même époque, Doyen, de Reims rapporte deux cas de salpingo-ovarite tuberculeuse primitive.

Dans le *Journal des connaissances médicales* (1888), Cornil cite, d'après Doyen, une observation de tuberculose primitive de l'utérus et de ses annexes. Pelvipéritonite tuberculeuse. Mort. Examen histologique.

En 1889, Daurios, dans sa thèse inaugurale *Contribution à l'étude de la tuberculose de l'appareil génital chez la femme*, rapporte une communication d'Hégar de pyosalpingite double tuberculeuse primitive, traitée par la salpingectomie. L'examen histologique démontra des lésions tuberculeuses que la présence des bacilles de Koch confirma.

En 1890, Lucas-Championnière, à la Société Anatomique, lut une observation de laparatomie pour salpingite double tuberculeuse primitive. Guérison, examen histologique fait par le professeur Cornil.

La même année, à la Société de Chirurgie, Polaillon rapporta un autre cas de laparatomie pour salpingite tuberculeuse primitive. La guérison fut obtenue.

En 1891, la thèse de R. de Massia, citée plus haut, contient cinq cas de tuberculose primitive des annexes que nous rapportons in-extenso dans notre travail.

Cette même année, en Mars, Delagenière, dans son *Mémoire sur le Plan Incliné dans certaines laparatomies*,

cite un cas de double salpingite tuberculeuse primitive, guérie par la laparatomie.

En 1893, dans le *Centralblatt für Gynæck*, Jacobs publie une observation d'annexite tuberculeuse avec laparatomie. L'examen histologique et bactériologique a été effectué.

Enfin Walther, professeur agrégé, communiqua à la Société de Chirurgie en 1896, un cas de laparatomie exploratrice, palliative, pour annexites tuberculeuses primitives avec granulie péritonéale. Guérison.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

Si, la plupart du temps, l'annexite tuberculeuse n'est qu'un épiphénomène plus ou moins tardif, au cours d'une infection viscérale généralisée par le bacille de Koch, assez souvent, elle est primitive et en flagrant désaccord avec la loi de Louis. Elle ne fut tout d'abord qu'une trouvaille d'autopsie, une découverte lors d'une salpingotomie, au grand étonnement des opérateurs. Mais, maintenant elle n'est pas aussi rare qu'on le croyait, et nous pensons que cette fréquence ira en s'accroissant avec le perfectionnement de nos moyens d'investigation et de diagnostic.

C'est l'opinion de Spaeth (1885) et celle d'Hégar (1886).
« La tuberculose génitale primitive, dit ce dernier, existe
« certainement chez la femme, et elle ne semble pas être
« rare. Rokitsky affirme que la tuberculose des trom-
« pes se montre communément. Mosler démontre que sur
« les 46 cas de tuberculose génitale qu'il a réunis, 8 de-
« vaient être comptés comme des maladies primaires.
« Frerichs, sur 96 autopsies de tuberculose, compte 15

« cas d'affections sexuelles, et 3 de ces derniers cas lui
« parurent primitifs ».

Le professeur Brouardel, dans sa thèse inaugurale, émet la même opinion. « Dans certains cas, dit-il, la lésion tuberculeuse se trouve en même temps dans les poumons et dans les organes génitaux. Quelquefois aussi, c'est là qu'elle se développe primitivement, constituant ainsi une sorte de phthisie pelvienne primitive ».

Les observations que nous relatons dans notre historique en font foi.

Les causes de cet envahissement primitif, quasi-essentiel, sont aussi nombreuses que discutées. L'influence de l'âge a été invoquée, et d'après plusieurs statistiques que nous avons compulsées avec soin, il semblerait que le maximum de fréquence de cette affection grave entre 18 et 45 ans, laps de temps constituant la vie utérine proprement dite. Nous en avons pourtant trouvé des observations chez des jeunes filles de moins de 10 ans, et un cas chez une vieille femme de 78 ans (observation de M. Cornil citée dans notre thèse). Toutes choses égales d'ailleurs, la fréquence est plus grande dans les premiers âges que dans la vieillesse.

Si la vraie cause efficiente de l'annexite tuberculeuse primitive est la diathèse, au premier rang des causes prédisposantes, occasionnelles, il faut signaler, avec tous les auteurs et surtout Brouardel, l'influence indubitable de la grossesse et de l'accouchement. Ces deux états font de la femme un terrain de pure réceptivité : le premier, par les modifications transitoires, mais profondes, apportées dans l'organisme maternel, le second, par cela seul qu'il

est un des plus graves traumas connus, porté au point de l'économie le plus faible par l'absence de barrières anatomiques. Cette cause est signalée dans beaucoup d'observations des auteurs ci-dessus mentionnés, et dans quelques-unes du présent travail. En effet, l'expulsion du fœtus, soit naturelle, soit artificielle, les manœuvres obstétricales, la nudité d'une surface exulcérée, après la chute du placenta, tels sont les facteurs importants d'une septicémie puerpérale possible.

Il en est de même, *a fortiori*, de l'infection blennorrhagique, qui, dans beaucoup de cas, doit avoir la suprématie de l'antériorité.

Ainsi se vérifie une fois de plus la théorie du *locus minoris resistentiæ*, et ce, pour les organes génitaux de la femme plus souvent que pour ceux de l'homme. L'état d'infériorité physiologique de l'organisme doit la plupart du temps être incriminé.

Il en est des annexites tuberculeuses primitives, affection locale au début, comme de la tuberculose spéciale des bateliers du Rhône, provoquée par *l'harpi*, comme de l'arthrite tuberculeuse du genou, consécutive à un traumatisme vulgaire.

Mais, de ces causes occasionnelles, il faut remonter à l'efficiante, et étudier par quel mécanisme le bacille de Koch, se cantonne un certain temps dans les organes génitaux de la femme avant de se généraliser. Nous ne pouvons invoquer ici ni l'infection secondaire métastatique si chère à Conheim, ni l'infection primitive secondaire de Pozzi. Le processus pathogénique de l'affection qui fait le sujet de notre thèse a été fort discuté et a donné lieu

aux débats les plus contradictoires. Il ne nous appartient pas de prendre parti pour tel ou tel auteur. Nous nous bornerons à résumer fidèlement en quelques lignes les diverses opinions, et à tirer quelques déductions des observations que nous avons étudiées ou rapportées.

Friedlander, qui, en 1871, fit paraître son *Mémoire sur les tuberculoses locales*, sa rallie à la préexistence de la diathèse. Il affirma le premier que le point de départ du lupus scrofuleux est très souvent une néoplasie tuberculeuse, et ne fut pas éloigné de considérer le lupus comme une tuberculose locale intradermique, et la scrofule comme une tuberculose locale ganglionnaire.

L'infection directe des organes génitaux est le premier mode qui se présente à l'esprit, à cause de leur communication facile avec l'extérieur, et des nombreuses sources de contamination, canules, linges, doigt du médecin, de la sage-femme, etc.

Fernet, Verneuil (1), Conheim, Derville (2), Bouffe, publient plusieurs observations cliniques très intéressantes, où l'infection a semblé résulter de la cohabitation avec un homme atteint de tuberculose génitale ou pulmonaire. Plusieurs de ces cas, où la confrontation a été effectuée, semblent concluants.

Il n'est pas irrationnel d'admettre que des crachats tuberculeux, contenus dans un mouchoir, et déposés par mégarde ou incurie sur la vulve, puissent contaminer les

1. Schachmann. *Portes d'entrée et voies de propagation du bacille de la tuberculose*. Arch. Génér. de médecine, 1885, p. 564.

2. Derville. *De l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme*. Thèse Paris, 1887.

voies génitales supérieures. Mais ce mécanisme (si jamais il peut être saisi sur le vif) doit être bien rare.

C'est le coût qu'incriminent beaucoup d'auteurs. Un homme atteint d'orchio-épididymite tuberculeuse, de tuberculose des vésicules séminales, de la prostate, des glandes de Cooper, pourrait, d'après eux, être le facteur de contagé. Bouffe cite un cas où l'inverse se produisit.

Le sperme lui-même pourrait être un agent d'infection. Les auteurs précédents ont publié de ce *modus faciendi* des observations cliniques de la plus haute portée. Malheureusement la virulence du sperme de tuberculeux n'est pas encore admise par la pluralité de nos maîtres.

Il est évident que ce processus ne saurait être invoqué chez des vierges, atteintes de tubo-ovarites primitives. L'opinion de Pozzi est formelle sur ce sujet. « Il est un « certain nombre de tuberculoses des annexes chez les « vierges qui échappent à cette explication. Dans ces « cas, il est probable qu'une auto-infection ordinaire, « septique, a d'abord été provoquée par une sténose du « col, et que le bacille introduit dans la circulation par « la voie pulmonaire ou digestive, s'est fixé sur les trom- « pes enflammées comme sur un lieu de moindre résis- « tance. Cette hypothèse concorde avec les notions, qui « tendent à prévaloir en pathologie générale sur ce qu'on « a appelé l'inflammation pré-tuberculeuse. »

C'est ce dernier processus que nous croyons le plus probable dans la généralité des cas. S'il nous était permis de donner notre opinion, nous dirions que la tuberculose primitive des annexes de l'utérus, très souvent, doit être considérée comme une localisation au pelvis

d'une diathèse, soit héréditaire, soit acquise par les voies digestive ou pulmonaire. Parmi les observations que nous relatons dans notre thèse, beaucoup font mention de l'hérédité. Celle-ci viendrait au premier rang, puis la voie pulmonaire, puis la voie digestive. La congestion mensuelle de tout le système génital expliquerait avec l'aménorrhée, la métrite, l'anémie, l'atrésie du système cardio-vasculaire (signalé par Louis comme une prédisposition à la tuberculose pulmonaire), la fixation, au point de moindre résistance, d'un bacille dont le polymorphisme est très connu.

La tuberculose se cantonne primitivement dans le bassin de la femme, comme, dans l'adolescence, elle apparaît aux points épiphysaires du fémur et du tibia, où le processus d'hypernutrition, d'hyperhémie, est très marqué.

Le bacille de Koch arrive par les vaisseaux sanguins et lymphatiques, et l'éréthisme de l'ovaire, de la trompe, de l'utérus à l'époque menstruelle est le premier facteur de la lésion.

Les rapports que le tubercule affecte avec les vaisseaux ont été le point de départ de nombreuses recherches. La granulation ne se développe guère que sur un terrain dont l'irrigation vasculaire est intense ; à son début, ainsi que Kiener l'a démontré, elle est éminemment vasculaire.

C'est l'opinion de Virchow, qui a fait ressortir deux propriétés du tubercule : son développement hétéroplastique, et sa tendance à une éruption multiple, propriétés qui lui ont fait admettre une origine dyscrasique.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les lésions, dans l'affection que nous étudions varient, suivant qu'elle est récente, aiguë ou subaiguë, ou chronique et à répétition, suivant qu'il y a complication de péritonite enkystée, pelvi-péritonite ou péritonite généralisée.

Quand la tubo-ovarite remonte à une époque assez éloignée, à l'ouverture de l'abdomen, on trouve un épiploon épaissi, matelassé, bourré de granulations tuberculeuses, de nodus à différentes stades ce tablier épiploïque une fois relevé, (combien difficilement, à cause des adhérences de toute la masse intestinale avec lui), on se trouve en présence d'un magma filandrenx, semé de points jaunes, ou les circonvolutions intestinales se laissent deviner : complication de granulie intestinale avec abcès caséeux. Lorsqu'on a réussi à repousser vers le diaphragme les circonvolutions intestinales qui contractent entre elles et avec la paroi abdominale des adhérences courtes, scléreuses, très dures et très vasculaires, on peut être très

embarrassé, une fois le détroit supérieur franchi, pour différencier l'utérus, ses annexes, la vessie et le rectum. Dans quelques-unes de nos observations, nous voyons tous les organes du petit bassin fixés, comme solidifiés, figés dans des adhérences qui limitent des aéroles remplies de pus et de granulations. La cavité de Douglas, disons-le dès maintenant, est le lieu d'élection de ces vastes collections purulentes qui sont tout d'abord de la péritonite enkystée.

Peu d'ascite. — La paroi de ces collections est très souvent une néo-membrane, ^{ou} jaunâtre, pulpeuse, tomenteuse, rappelant beaucoup l'aspect de la fausse membrane qui tapisse la surface des cavernes pulmonaires. Donc, périmérite, péri-ovarite, périsalpyngite, cellulite en un mot. L'ablation des annexes dans un pareil état n'est pas à tenter, et nous verrons dans le traitement que la laparotomie doit se contenter en cette occasion d'être purement exploratrice, palliative.

Fort heureusement, la laparotomie peut parfois être une opération de cure radicale. L'épiploon est sain, il en est de même de l'intestin et de la vessie. La lésion est limitée aux annexes. Celles-ci, plus ou moins masquées par quelques fausses membranes parsemées de tubercules miliaires, sont tombées dans le cul-de-sac recto-utérin où elles sont fixées par des adhérences de péritonite aboutissant parfois à l'enkystement, lorsqu'il y a un point de caséification de la trompe avec perforation dans le rectum après formation d'une collection. Nous sommes porté à penser que ce processus doit être celui qui a présidé à la défécation purulente à répétitions que nous avons signalée dans notre observation I.

Les annexes, dont la dissection est très laborieuse et parfois même impossible, sont couvertes de granulations miliaires. Celles-ci infiltrent les parois des trompes et le parenchyme ovarien. Elles existent toujours au bout d'un certain temps sur le péritoine, dans un périmètre assez étendu autour des annexes, et ne tardent pas à envahir le péritoine pelvien, et le péritoine tout entier. Ces granulations, les unes nettement jaunes, d'autres séro-citrines, existent confluentes, dans beaucoup d'observations de notre travail, sur les franges du pavillon de la trompe, qui sont agglutinées entre elles, et obturent l'orifice péritonéal du conduit salpingien. En général il y a peu d'ascite.

La dissection et la libération des annexes constituent un temps très important; très souvent, à cause de leur brièveté, de la solidité du tissu scléreux qui les forme, de leur grande vascularisation, signalée par beaucoup d'auteurs, entre autres par Walther, de leur enchevêtrement inextricable, ces adhérences sont un obstacle insurmontable, qui rend parfois la laparotomie simplement palliative. Ces caractères différencient dans une certaine mesure l'opération radicale, suivant qu'il s'agit d'annexite purement inflammatoire, gonococcique, ou d'annexite tuberculeuse.

« Il y a dit M. Terrillon (1), un caractère assez différent de celui qu'on rencontre dans les autres salpingites, « où la décortication et la séparation des organes malades avec les parois du bassin sont ordinairement faci-

1. Terrillon. *Arch. de Tocologie. Salp. tub.* 1889.

« les; le tissu inflammatoire qui sert d'union étant peu
« épais et induré. Aussi peut-on difficilement enlever les
« abcès tuberculeux de ces organes sans les rompre avant
« l'ablation totale. Il faut souvent se contenter de les
« abandonner en place, et de les drainer. »

Dans l'observation I, qui nous est personnelle, le chirurgien, par la voie vaginale, a été assez heureux, malgré les adhérences, pour abaisser les annexes et les extirper sans les crever.

Ces altérations en effet présentent tant macroscopiquement que microscopiquement, un réel intérêt.

Trompes.— Nous avons vu que la topographie pelvienne était profondément modifiée par le processus tuberculeux. Les trompes, déjetées dans le cul-de-sac de Douglas, offrent le type flexueux : elles sont augmentées de volume, pareilles à deux sangsues gorgées de sang, à un morceau de boudin, à une anse intestinale. Très souvent elles affectent l'aspect d'une cornemuse, leur tiers utérin étant presque intact, tandis que les deux autres tiers sont dilatés, constituant un véritable kyste tronco-conique, la base du cône étant formée par l'orifice péritonéal oblitéré par le rapprochement agglutinatif des franges de la trompe. Cette forme, qui se trouve dans tous les cas d'inflammation de l'organe, ne doit pas retenir plus longtemps notre attention. En tous cas jamais le conduit tubaire n'est tout entier ectasié, bosselé comme dans l'hydrosalpinx, et dans certains gros pyo-salpinx.

Lorsqu'on sectionne la trompe, on voit que la paroi épaissie, sclérosée, surtout dans son tiers externe est farcie de granulations, de nodas, de différentes grosseurs.

Il s'en échappe en bavant une matière visqueuse, parfois verdâtre, à peine louche, mais la plupart du temps du pus foncièrement caséeux, cailleboté, en grumeaux. Ce pus peut dans certaines occasions avoir la consistance du mastic de vitrier, ou de la substance colloïde des kystes dermoïdes, comme nous en voyons des exemples dans les examens du professeur Cornil.

Il se peut aussi qu'à un stade plus récent, la muqueuse tubaire ne soit recouverte d'aucun exsudat ; elle est alors hypertrophiée, plissée, rouge et tomenteuse. Les tubercules de la couche musculuse n'ont pas encore envahi la muqueuse, la trompe est vide.

Kiener rapporte à quatre types principaux la structure des tubercules de la séreuse péritonéale : 1° Anévrysme miliaire tuberculeux ; 2° Angiomeplexiforme tuberculeux ; 3° Granulome tuberculeux ; 4° Fibrome tuberculeux.

a) La tuberculose miliaire aiguë n'existe pas au niveau des trompes, dans leur paroi propre, dit Daurios, dans sa thèse inaugurale. Elle se rencontre au vagin et à l'utérus, dont la muqueuse n'est pas semblable à la muqueuse tubaire.

Cet auteur « fait en effet remarquer qu'on ne peut considérer comme telle l'éruption miliaire qui, dans le cas de « pelvi-péritonite tuberculeuse, siège sur la séreuse tubaire comme sur le péritoine pelvien. Mais, ajoute-t-il, « dans aucun cas on n'a observé de tuberculose miliaire « aiguë des tuniques muqueuse et musculuse, même au « cas de granulie aiguë. Dans ces cas de granulie aiguë, « on a trouvé quelquefois des lésions tuberculeuses de la

« trompe, mais anciennes, constituées par de gros noyaux
« caséeux. »

On ne saurait donc constater dans le parenchyme tubaire les lésions de granulie aiguë primitive qu'on rencontre dans les poumons.

b) La seconde forme caractérisée par l'ulcération est, moins rare, alors que dans l'utérus elle est très commune. Mais elle existe quelquefois d'emblée, et Liouville (1), dans le *Bulletin de la Société anatomique*, en cite un exemple très concluant, qui nous paraît incontestable. La troisième forme, la tuberculose interstitielle primitive des trompes, nous semble la plus commune. C'est celle qui est décrite dans beaucoup de nos observations. La paroi tubaire est littéralement farcie de tubercules ayant envahi à la fois les trois tuniques, et formant mosaïque à la face séreuse et à la face muqueuse.

A l'examen histologique, on voit que les lésions ont débuté dans le chorion sous-muqueux, qui est infiltré de follicules tuberculeux, avec des cellules géantes et des cellules embryonnaires. Ces follicules tuberculeux finissent par former de petits foyers caséeux, qui tranchent par leur coloration jaunâtre, sur les tissus qui les entourent, et s'aperçoivent, par transparence au-dessous de la muqueuse. Celle-ci présente à sa surface des végétations hypertrophiées et ramifiées. Dans leur épaisseur et à leur surface interne, se voient des cellules géantes et de petits follicules tuberculeux. Ces végétations, sont revêtues de cellules cylindrique avec leurs cils vibratiles et de nombreux globules de pus ; leurs bords libres sont hérissés

1. Liouville. *Bull. de la Soc. anatom.*, 1873.

de cellules modifiées en voie de transformation granulo-graisseuse.

Les bacilles de Koch, quand ils existent, et nous verrons pourquoi, d'après Cornil, ils se rencontrent rarement, apparaissent dans la muqueuse et le chorion sous muqueux, très souvent au milieu des cellules géantes.

La couche musculuse est disséquée, dissociée par une infiltration de cellules embryonnaires, de follicules tuberculeux contenant des cellules géantes.

Dans le cas de lésions plus anciennes, lorsque à l'œil nu, la paroi présente de grosses granulations, des noyaux caséux du volume d'un pois, d'une noisette, la muqueuse a disparu, et est remplacée par une couche continue de cellules embryonnaires, couche qui n'offre plus les plis longitudinaux de la muqueuse normale. Ces cellules épithélioïdes présentent à leur centre un noyau très réfringent. Le chorion sous-muqueux n'existe plus. La musculuse, transformée en tissu fibreux, est infiltrée de follicules tuberculeux, de granulations géantes, de cellules embryonnaires. Cornil, dans les nombreuses trompes qu'il a examinées, a trouvé des inclusions d'épithélium provenant de l'endothélium tubaire. Ces inclusions épithéliales en imposent pour des glandes en tube, étant tapissées à leur surface interne d'une seule rangée de cellules épithéliales cylindriques. La lumière de ces glandes est le plus souvent obstruée de cellules granulo-graisseuses arrondies.

Ovaires. — Les lésions tuberculeuses primitives de l'ovaire, moins communes que les salpingiennes, existent néanmoins dans quelques-unes de nos observations. Les

ovaires accompagnent dans le cul-de-sac de Douglas, les trompes, qui, la plupart du temps, les masquent, et auxquelles elles sont fixées par de solides adhérences. L'examen le plus minutieux est parfois nécessaire pour les faire découvrir.

Le volume de l'ovaire varie, suivant l'ancienneté des lésions, et leur modalité propre.

On trouve souvent un ovaire du volume d'une grosse noix, voire d'une petite orange, transformé en un kyste purulent, à parois minces et sclérosées, dont l'imminence de rupture est une perpétuelle menace de péritonite. Parfois le stroma ovarien, creusé de cavernes aréolaires, contient, ici de la matière caséuse, là un liquide verdâtre et colloïde.

Mais dans la majorité des cas, l'ovaire n'est pas intéressé primitivement par le processus tuberculeux. Il peut subir l'inflammation aboutissant à la dégénérescence scléro-kystique avec corps jaune en repoussoir sur le fond grisâtre du parenchyme.

La couche ovigène, et la couche de soutènement, la substance bulbeuse sont envahies parallèlement, à un égal degré.

Vermeil décrit deux formes de granulation tuberculeuse ovarienne que nous voyons s'établir primitivement dans quelques unes de nos observations. La première, dans laquelle le parenchyme tout entier est envahi, est très rare : c'est *l'infiltration granuleuse*.

La seconde, *la tuberculose en foyers*, est plus commune, et a été mieux étudiée. A l'ouverture de l'organe, on trouve des granulations à tous les stades de leur déve-

loppement, granulations grises, véro sanguines, citrines, semi-transparentes, granulations jaune orangé, nodus caséux de toutes grosseurs.

D'après Pillaud et Négrier, elle débiterait dans les follicles ovariques en voie de régression.

Malheureusement les descriptions histologiques de cette lésion ne sont pas absolument suffisantes. Dans l'observation qui nous est personnelle, le microscope nous a montré des bacilles de Koch au milieu de pus. Cet examen a été corroboré par l'ensemencement et la culture.

Ce qui rend difficile l'histologie pathologique de l'ovaire tuberculeux, c'est l'impossibilité de saisir la lésion dès son début, comme le fait remarquer M. Briassaud. Cela tient à ce que, dans l'ovaire tuberculeux, tout est caséifié et l'organe est rapidement transformé en un kyste purulent, où ni l'œil ni même le microscope ne peuvent permettre d'affirmer la nature tuberculeuse de la lésion.

Telles sont les lésions caractéristiques de la tuberculose primitive des annexes de l'utérus. Elle n'est pas toujours bilatérale, bien que dans la plupart de nos observations, des lésions tuberculeuses aient été trouvées des deux côtés.

Parfois la trompe et l'ovaire d'un côté sont sains, ce qui a eu lieu pour deux des cas que nous relatons : généralement ils offrent les lésions ordinaires de l'inflammation essentielle.

Lésions des organes voisins. — Parmi les organes qui primitivement ou secondairement peuvent être atteints de tuberculose, l'utérus de par sa contiguïté, et la continuité de sa cavité avec celles des trompes, est souvent en cause.

Dans beaucoup de cas il présente les altérations de l'endo-mérite, de la mérite hypertrophique, qui peut très souvent être le point de départ de la fixation du bacille de Koch au lieu de moindre résistance. Notre tâche n'est pas de retracer l'histoire de la tuberculose primitive de l'utérus, dont nous avons lu quelques cas très-concluants dans le thèses de Brouardel de Vermeil, de Daurios.

L'intestin peut présenter des lésions secondaires de tuberculose. Le rectum, dans les abcès enkystés des annexes tombées dans la cavité de Douglas, est atteint, et bientôt ulcéré. Nous en avons cité des cas très nets dans nos observations, surtout dans la première.

Les organes urinaires sont en général indemnes d'après la plupart des auteurs. Dans nos observations, il n'y a ni cystite, ni complication de pyélo-néphrite tuberculeuse. Pour Brouardel, la tuberculisation des organes urinaires chez la femme est presque toujours primitive.

Les lésions du péritoine dans les annexites tuberculeuses primitives dominent l'histologie de la question. Ce sont elles qui assombrissent leur pronostic immédiat. On peut dire avec de Massia, que c'est le péritoine qu'on a pu appeler le véritable réactif des organes génitaux à l'état pathologique.

Le péritoine pelvien, en effet, commande l'état de l'utérus et de ses annexes, et l'inflammation franchit assez difficilement (du moins pendant un certain temps), la barrière du détroit supérieur qui le limite.

Dans les annexites tuberculeuses primitives, le péritoine est rapidement lésé, et toutes les observations de cas trai-

tés au début, nous montrent un semis de granulations miliaires sur les trompes et les ovaires, et dans le périmètre qui leur correspond. Nous avons assez insisté sur les adhérences aussi solides que courtes, qui englobent, qui moulent les organes pelviens, sur les péri-salpingites, les péri-ovarites, les péri-métrites avec abcès enkystés qui transforment le bassin en un bloc de tissu scléreux, creusé d'alvéoles purulentes. Qu'il nous suffise d'ajouter que la péritonite tuberculeuse généralisée, s'établit secondairement lorsque la grande séreuse abdominale n'a pas eu le temps d'établir de barrières de défense. De la séreuse abdominale à la séreuse thoracique, il n'y a que les espaces lymphatiques, les puits, les stomates à franchir. L'infection tuberculeuse devient péritonéo-pleurale, après avoir été primordialement génitale, ainsi que Fernet en a publié plusieurs observations.

Nous n'aurions garde d'oublier l'infection pulmonaire et la méningée (celle-ci assez rare) qui, signalées dans beaucoup de cas où les lésions tuberculeuses primitives étaient anciennes, créent une indication importante d'intervention précoce.

1. Fernet. *De la tub. péritonéo-pleurale subaiguë. Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, 1884.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES

Si le tableau symptomatique de la tuberculose primitive des annexes est très souvent superposable à celui des annexites inflammatoires, il n'en faut pas déduire qu'il lui est identique, et même identique à lui-même. Nous essaierons, dans le présent chapitre, d'extraire de toutes les observations que nous avons eues sous les yeux, quelques traits pathognomoniques, qui nous permettront de faire de l'affection une symptomatologie constituant une entité morbide propre.

Encore plus que son émule, la tuberculose primitive des annexes a une allure torpide, une période de latence, qui sont signalées dans toutes nos observations.

Parfois elle révèle sa présence par des accidents aigus, survenant brusquement chez des personnes jouissant d'un état général assez bon. C'est à ce moment que le diagnostic serait important à faire : disons par avance qu'il est toujours très difficile et parfois même impossible.

Daurios, dans sa thèse inaugurale, cite quelques observations que nous lui avons empruntées : elles nous montrent un tableau fidèle de la forme aiguë ou subaiguë de l'affection qui nous occupe.

Les diagnostics de dothiéntérie, de pneumonie, de tuberculose miliaire aiguë avaient été successivement portés chez une femme prise en pleine santé apparente, de symptômes ataxo-adiynamiques, caractéristiques d'une maladie générale infectieuse ; puis, on avait pensé à une péritonite, à une méningite. Pas un seul moment, l'attention, fixée sur l'intensité de pareils phénomènes généraux, n'avait été attirée vers le système génito-urinaire. Mort, autopsie : tuberculisation récente de viscères, où on s'attendait à trouver des lésions très anciennes, et par contre seule lésion invétérée dans les trompes. Le processus symptomatique, dans ses grandes lignes, était toujours le même, comme on peut s'en rendre compte par trois observations que nous publions.

Il y a là une question très importante à élucider, et le praticien doit toujours avoir à l'esprit la possibilité d'une tuberculisation aiguë primitive des annexes de l'utérus, évoluant avec un cortège d'infection générale à grand fracas.

Fort heureusement, la plupart du temps l'affection est d'emblée chronique. Mais elle n'en est pas plus facile à dépister pour cela. La période prodromique est très longue et éminemment insidieuse. Rien en effet n'appelle l'attention de la malade, du praticien, du côté des organes génitaux, du moins dans le principe. Les périodes menstruelles sont, il est vrai, plus longues que normalement.

Elles sont devenues irrégulières, s'accompagnent de douleurs dans le bas-ventre. Dans l'intervalle des menstrues, la malade note un peu de leucorrhée, et se plaint de quelques douleurs hypogastriques, accompagnées d'une sensation continue de pesanteur au périnée. Ces symptômes ne l'effraient pas, elle les met sur le compte de la fatigue. Mais, bientôt ils augmentent tout d'intensité et de fréquence, en même temps que surviennent des stigmates de dénutrition générale : diminution rapidement progressive des forces, troubles dyspeptiques, hypochondrie, facies utérin, palpitations.

Enfin éclatent, à propos de la plus banale cause occasionnelle, fatigue légère, émotion, abus du coït, etc, les symptômes caractérisés de pelvi-péritonite.

Les auteurs ont trop bien décrit la pelvi-péritonite, pour que nous nous attardions à l'étudier en détails. Nous renvoyons le lecteur aux éminents travaux de nos maîtres en gynécologie. Un seul point nous arrêtera, c'est la difficulté de faire un diagnostic différentiel chez une femme qui a de l'hyperthermie, un abdomen tellement météorisé et douloureux que le seul poids des couvertures et draps lui est insupportable. Quant à la percussion, au palper, il n'y faut pas songer ; la défense des droits abdominaux, l'exacerbation de la douleur, rendent ces pratiques impossibles.

Le toucher vaginal seul pourrait à la rigueur permettre de soupçonner une lésion des annexes. Mais il est très difficile à cause de l'élément douleur, qui disparaîtra au bout de quelques jours soit spontanément, soit à la suite d'une médication antiphlogistique appropriée. C'est alors

seulement qu'on pourra faire le diagnostic différentiel.

Signes physiques. — Une fois passée l'étape des « coliques salpingées » si bien décrites par Kaltenbach, les signes physiques fournis par le palper, la percussion, le toucher vaginal ou rectal, soit seul, soit combiné au palper abdominal, ne diffèrent pas beaucoup de ceux fournis par les annexites inflammatoires.

La pression au niveau des fosses iliaques réveille ou exacerbe une douleur en général modérée, très vive quelquefois. Terrillon a signalé un point douloureux, se faisant sentir plusieurs heures après le repas dans la fosse iliaque droite, à l'union du cœcum avec le côlon ascendant; elle serait due, d'après lui, à l'adhérence de l'appendice iléo-cœcal aux annexes. Ce point douloureux peut en imposer pour un point d'appendicite: dans notre observation I, la localisation de la douleur au point de Mac Burney, nous avait de prime abord lancé sur cette fausse piste.

Le palper profond, assez facile chez les femmes un peu âgées à paroi abdominale flasque, ou chez les multipares, permet de constater la présence dans le petit bassin d'une masse très douloureuse, située d'un côté ou des deux côtés de l'utérus. C'est plutôt un empâtement qui part du bord utérin, va jusqu'à la paroi osseuse latérale, dans le cas de participation du ligament large au processus phlogogène. Quelques auteurs prétendent avoir pu constater la présence d'une véritable tumeur fluctuante, soulevant la paroi abdominale dans une plus ou moins grande superficie, mais ce doit être très rare.

Ce qui l'est bien moins, c'est le plastron abdominal signalé par Polk et Terrillon.

La percussion (quand elle est possible, et il n'y a pas lieu d'abuser de ce mode d'exploration) nous renseigne sur la matité périutérine, matité qui s'étend jusqu'aux limites latérales du bassin dans le cas de cellulite secondaire du ligament large.

Le toucher vaginal, qui doit toujours être combiné au palper abdominal, nous fait juger par l'exploration du museau de tanche, de l'immobilité de l'utérus et de la déviation de l'organe gestateur. Cette immobilisation est due aux inextricables adhérences que nous avons vu compliquer l'exploration *de visu* du bassin et la libération des annexes.

Quant à la déviation utérine, elle a pour principal facteur l'augmentation de poids et de volume des annexes enflammées. Le plus souvent l'utérus est en antéversion avec léger degré de latéro-version: il y a parfois flexion dans le cas de métrite ancienne.

Du museau de tanche le doigt se porte aux culs-de-sac vaginaux. La pression du doigt au fond des culs-de-sac est très douloureuse et arrache toujours des cris à la patiente. On a la sensation d'une tumeur dure, bosselée, qu'on peut percevoir et parfois délimiter, grâce à la main, qui déprime l'abdomen aux points symétriques. Ce mécanisme permet, dans une certaine mesure, d'apprécier jusqu'à un certain point le volume, la forme, et la consistance exacte de la néoplasie annexielle. Il n'est pas besoin de dire que pareille exploration exige grand soin.

Dans deux tiers des cas environ, la tumeur salpingo-ovarique est perçue au fond du cul-de-sac postérieur qu'il dépasse, au point de bomber dans le cul-de-sac latéral.

Rarement les annexes sont perçues au niveau du cul-de-sac antérieur.

La résolution musculaire obtenue par le chloroforme peut seule permettre le palper profond du bassin chez les femmes très grasses.

Le toucher vaginal ne doit pas être seulement combiné au palper abdominal, il doit exiger la collaboration du toucher rectal. Ce dernier en effet est de la plus grande importance par sa simplicité et par son efficacité. Les annexes tombées dans le cul-de-sac de Douglas, sont éminemment accessibles à travers la cloison rectale. Ce dernier toucher peut-être une nécessité, et Brouardel dans sa thèse, en fait ressortir toute l'importance, dans le cas de virginité de la malade.

L'examen au spéculum nous permet de rechercher un signe auquel M. Routier donne une grande signification diagnostique, l'augmentation de l'écoulement purulent utérin par la pression sur la région ovarique. Déjà en 1834, Pégot avait remarqué ce symptôme dans un cas de tuberculose de la trompe.

La salpingo-ovarite tuberculeuse primitive peut parfois présenter un signe qui lui est commun avec l'inflammation, c'est l'ouverture de la tumeur soit dans le vagin, soit dans la vessie, soit dans l'intestin, et surtout dans le rectum. Ce dernier processus que nous avons signalé dans notre observation I est moins favorable que l'ouverture dans le vagin. La défécation purulente, tout comme la leucorrhée purulente du col utérin, nous permet de faire un diagnostic fermé par la recherche du bacille de Koch. Cet examen microscopique, que nous regrettons beaucoup

de n'avoir pas fait dans notre observation, ne doit jamais être négligé. Malheureusement il est rarement positif.

Symptômes fonctionnels.— Les signes physiques doivent être confirmés par l'étude des commémoratifs et des symptômes fonctionnels. Ces derniers nous paraissent encore plus intenses que dans le cours des annexites purement inflammatoires. La malade est une vraie infirme une « patraque » suivant l'expression du Professeur Tillaux. Chaque effort, chaque époque menstruelle la forcent à s'aliter. Ajoutez à cela de la constipation, du ténésme rectal, de la dyspnée, tout le cortège de la dyspepsie et de l'hypochondrie, la perte graduelle et rapide des forces, et vous verrez que pour la malade la vie n'est que misère. Parfois comme dans l'observation I, une défécation purulente amène une détente brusque des phénomènes douloureux, la plupart du temps on observe une dysménorrhée douloureuse avec leucorrhée. Celle-ci offre certaines particularités, qui sont pathognomoniques pour Brouardel. « C'est un écoulement un peu opaque, jaunâtre quelquefois « vert-pistache, doré d'une odeur désagréable rappelant « un peu l'odeur des écoulements cancéreux ». Cette leucorrhée que l'auteur rapproche de l'hydrorrhée roussâtre des néoplasmes utérins, n'existe toujours par constamment.

Ce qui est plus constant, c'est le facies grippé, quasi-péritonitique de la malade, c'est la grande perte de sa force musculaire, son amaigrissement cachectique, les signes d'anémie progressive qu'elle offre, coïncidant avec l'intégrité absolue (au début du moins) de ses viscères, du poumon surtout. Ce processus diffère du tout au tout

de celui qui préside à la salpingo-ovarite de nature inflammatoire, affection où les femmes jouissent d'un excellent état général, prennent de l'embonpoint, grâce au repos forcé. Le tracé thermique (près de 39° le soir, et plus de 38° le matin) semble être un bon signe de tuberculose des annexes.

Marche. — La marche de la tuberculose primitive des annexes, rarement aiguë d'emblée après une période plus ou moins longue de latence absolue, plus souvent subaiguë ou chronique d'emblée, présente des étapes assez uniformément progressives, entrecoupées par des poussées aiguës. Notre observation I nous en semble un exemple assez démonstratif. La cause la plus vulgaire engendre une poussée de pelvi-péritonite qui, au bout d'un mois à six semaines, laisse une assez notable aggravation des symptômes préexistants à la poussée inflammatoire. Ce processus uniformément paroxystique mérite d'attirer notre attention. Depuis Brouardel, tous les auteurs ont insisté sur la fréquence de ces poussées de pelvi-péritonite, que nous trouvons dans la plupart de nos observations. Le diagnostic de tuberculose des annexes pourrait même être posé avec une quasi-certitude chez les malades qui présentent, pendant plusieurs années, ces alternatives de chronicité et d'acuité des symptômes. Terrillon, sans nier entièrement l'importance de ce signe pathognomonique, trouve que la valeur en est très exagérée ; nous nous rallions à cette opinion.

Sous l'influence de ces poussées aiguës avec hyperthermie vespérale, exacerbation des troubles dyspept-

ques et neurasthéniques, la malade ne tarde pas à faire de l'infection tuberculeuse généralisée.

Sa cachexie est un terrain favorable à tous les contagés, et la plus vulgaire pyrexie l'emporte. La plupart du temps, se déclare une péritonite aiguë généralisée, mortelle, ou apparaît la tuberculose pulmonaire, qui évolue rapidement.

Dans plusieurs observations est signalée la méningite tuberculeuse, complication redoutable.

Il arrive parfois qu'à la suite de la localisation du bacille de Koch dans les poumons, les symptômes du système génital semblent entrer dans la voie de la régression. Aran avait déjà observé ce balancement entre les lésions pulmonaires, et les lésions génitales. Malheureusement, cette rétrogradation n'est que temporaire, et bientôt les deux ordres de lésions évoluent parallèlement jusqu'au *casus lethali*.

La guérison spontanée de la tuberculose primitive des annexes de l'utérus doit s'observer, bien que nous l'ayons pas vue signalée dans les auteurs.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Nous avons dit plus haut que la tuberculose des organes génitaux avait été, dans le principe, une trouvaille d'autopsie, une découverte inattendue faite par le chirurgien, lors de l'ablation des annexes. Ce diagnostic en effet n'était tout d'abord jamais fait, à cause de sa grande difficulté, dans l'immense majorité des cas. Lawson-Tait l'affirmait même impossible. Celui de la tuberculisation primitive des annexes de l'utérus, peut *a fortiori*, paraître l'impossibilité même. La plupart des auteurs, dont nous avons lu les traités, n'ont pas eu l'occasion de le porter. Nous estimons que, dans l'intérêt de la malade, il y a une grande importance à penser à la tuberculisation primitive des annexes, lorsqu'un interrogatoire précis aura permis d'exclure la blennorrhagie dans les antécédents héréditaires et personnels. Ceux-ci mettront le praticien sur la voie du diagnostic. Quand il sera en présence d'une femme dont les parents sont tuberculeux, qui n'a pas de passé blennorrhagique, ou d'infection puerpérale, qui a pré-

senté pendant quelque temps des accidents d'annexite à répétition, avec un état général de plus en plus débilité, contrastant avec l'intégrité des poumons, il lui faudra penser à l'affection qui fait le sujet de notre travail. Nous insistons encore sur la cachexie que ne tarde pas à présenter la malade, et qui contraste avec l'embonpoint que nous sommes habitués de rencontrer chez les femmes atteintes de salpingo-ovarite inflammatoire, et sur les troubles de la menstruation, qui n'ont point ici la forme subite qui est coutumière à l'hémato-salpinx.

Ce syndrome ci-dessus mentionné acquiert une importance de premier ordre lorsque la malade est une vierge. On peut alors, pensons-nous, affirmer l'existence de salpingio-ovarite tuberculeuse primitive.

Il est encore d'autres symptômes sur lesquels insiste Hégar, ce sont les douleurs sourdes à marche lente, mais paroxystique. Nous les avons observées dans presque toutes nos observations.

Dans le cas d'écoulement utérin, la constatation du bacille de Koch est pathognomonique et rend le diagnostic ferme. Malheureusement la tuberculose utérine est assez rare en comparaison de celle des annexes, et nous avons vu que dans le tiers externe des trompes, on rencontrait très rarement des lésions tuberculeuses.

Dans le cas d'abcès péri-annexiel, ouvert soit dans le vagin, ce qui est la forme la plus favorable, soit dans le rectum, l'examen microscopique doit toujours être fait, et dans certains cas, montrera des bacilles de Koch. Ceux-ci font très souvent défaut, dit Cornil, à cause de l'ancienneté des lésions. Il ne faut pas manquer d'ensemencer ce

pus, et de l'inoculer à des cobayes, afin de s'entourer de toutes les garanties d'une expérimentation vraiment scientifique.

Les données fournies par le palper et le toucher, qui sont si importantes au point de vue du diagnostic de la salpingo-ovarite simple, ne pourront nous donner de renseignements suffisants pour établir le diagnostic certain de tuberculisation primitive des annexes. Les commémoratifs, les antécédents héréditaires et personnels (cicatrices de scrofule), permettront, parallèlement avec la marche de l'affection, de diagnostiquer le mal, d'avec le phlegmon péri-utérin, le phlegmon du ligament large, la pelvipéritonite simple, l'hématocèle rétro-utérine, le fibro-myome utérin, la rétroflexion utérine, le kyste dermoïde suppuré de la trompe, la grossesse tubaire, affections qui ont chacune des signes physiques et fonctionnels propres.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT.

La majeure partie des malades que nous voyons ne nous arrivent qu'après avoir suivi vainement et pendant longtemps un traitement médical. Le traitement médical, qui ne vise que les signes fonctionnels, est forcément palliatif, antiphlogistique. Il a son indication au début de la tuberculisation primitive des trompes, et peut donner quelques résultats momentanés chez les malades auxquelles leur situation de fortune et permet un repos complet et prolongé et l'hygiène. Mais il ne faut pas s'y attarder.

« Il y a, dit Routier, mieux à faire qu'à se contenter
« du repos, des vésications et autres révulsifs. Ce traite-
« ment est du ressort de la chirurgie abdominale ».

Très souvent, nous l'avons vu dans nos observations, la diathèse tuberculeuse manifeste sa présence tout d'abord dans les annexes de l'utérus, et pendant très longtemps elle reste cantonnée dans ce point, sans se généraliser. Il

y a intérêt à débarrasser l'économie d'un foyer spécifique, qui l'épuise et la menace à échéance parfois très brève.

« Il est certain, dit M. Terrillon, qu'une lésion tuberculeuse des trompes et des ovaires, surtout quand elle a commencé à donner quelques troubles du côté du péritoine, est soumise aux mêmes lois que les autres tuberculoses locales ».

« Celles-ci sont toujours traitées chirurgicalement, quand la région le permet et quand on peut enlever le mal dans sa totalité; c'est là une règle sur laquelle tous les chirurgiens modernes sont d'accord...

« La tuberculose de la trompe et de l'ovaire rentre donc dans la loi normale, puisque grâce à la laparotomie, actuellement presque inoffensive, on peut enlever entièrement les parties malades (1) ».

Il est tout aussi rationnel d'enlever les foyers tuberculeux des organes génitaux internes de la femme que ceux de l'épididyme ou du testicule chez l'homme. L'intervention chirurgicale est également légitime dans les deux cas. Elle est toujours indiquée dans la tuberculisation primitive des annexes, et pourrait être discutable dans les cas où l'infection pulmonaire déjà invétérée a augmenté beaucoup la cachexie résultant de la localisation génitale. Même dans ce dernier cas, la malade retirerait de la laparotomie un grand bénéfice.

Lorsque la lésion pulmonaire secondaire est peu accentuée, l'indication de l'intervention subsiste encore impérieuse. On a vu après une laparatomie suivie d'ablation

1. Terrillon. *Arch. de tocologie*, 1889.

des annexes, les lésions pulmonaires rester pas mal de temps stationnaires, et le processus diathésique tendre à rétrograder.

Loin d'être une contre-indication, la péritonite tuberculeuse secondaire est une nécessité évidente d'intervention, lorsque l'état général relativement bon de la patiente laisse supposer des lésions péritonéales assez récentes. En général, cette complication est même une indication déterminante d'intervention rapide. Tous les auteurs ont signalé l'heureux résultat de la laparotomie palliative sur la marche de la péritonite tuberculeuse, qui est guérie très souvent, et de la tuberculose générale, qui est momentanément enrayée dans son processus. Walther a fait en 1896 à la Société de chirurgie une communication très intéressante à ce sujet : nous la reproduisons dans notre thèse.

La seule contre-indication formelle est la cachexie.

L'opération palliative peut être ou la laparotomie, suivie de lavage et drainage du péritoine, ou l'ouverture par le vagin d'une collection purulente ayant pour point de départ la trompe ou l'ovaire.

En général, c'est à l'ablation totale des annexes par la laparotomie qu'il faut d'emblée avoir recours.

Cette opération, qui, à force de succès, a conquis une place prépondérante dans les mœurs chirurgicales modernes, a, pour la première fois été faite par Von Mandach (1). A Hégar (de Fribourg) revient l'honneur d'avoir opéré le premier, après avoir discuté et porté un diagnostic précis de tuberculose des annexes.

1. Von Mandach, 1884 (*Corresp. für Schweizer tertze*).

Nous n'entreprendrons pas de décrire dans tous ses détails le Manuel opératoire de la Laparotomie suivie de Salpingotomie et de Castration qui, dans ses grandes lignes, rappelle entièrement la technique de toute laparotomie pratiquée pour pyo-salpinx. Nous renvoyons aux traités des maîtres, Tillaux, Polaillon, Pozzi, Terrillon, Routier.

Les précautions antiseptiques les plus minutieuses étant prises, la malade, qu'on a eu soin de sonder auparavant, est placée sur la table à ovariectomie, dans la position renversée, comme l'a conseillé Trendelenburg.

Cette pratique a toujours été suivie par la plupart des chirurgiens, avec un constant succès, la masse des circonvolutions intestinales se portant de son propre poids vers le diaphragme et gênant moins l'opérateur.

1^{er} temps. — L'incision (de 8 centimètres) est médiane, et est pratiquée couche par couche, jusqu'au niveau du pubis. L'hémostase doit être faite avec grand soin. Le péritoine est incisé sur deux doigts.

2^e temps. — Un aide, muni d'une grosse éponge, refoule en bas vers le diaphragme l'intestin et l'épiploon, qui, par suite du plan incliné, ont peu de tendance à faire hernie. Les adhérences de l'épiploon et de l'intestin à la paroi abdominale et au bassin sont laborieusement, prudemment sectionnées entre deux pinces, à cause de leur grande vascularité.

3^e Temps. — *Toucher pelvien* suivant l'expression imagée du professeur Tillaux. Ce temps varie à l'infini, suivant l'ancienneté des lésions, la participation plus ou moins grande du péritoine au processus spécifique. Lais

sant de côté le bistouri, le chirurgien doit s'armer de patience et de douceur, et faire preuve de grande habileté avec son seul index. La décortication est toujours très lente, et, le pus, issu soit d'un abcès péri-salpingien, soit de la pyo-salpingite elle-même, fuse dans la cavité péritonéale, qu'on a eu soin de garnir d'éponges montées. La tumeur constituée par l'ovaire et la trompe a été libérée ; elle est attirée en dehors de l'abdomen à l'aide d'une forte pince d'Emmet ou d'un ténaculum, pendant que un aide déprime les bords de la plaie abdominale, afin de faire saillir le plus possible la poche.

On passe une anse de fil au centre du ligament large, en prenant la précaution d'éviter les vaisseaux. Il est de toute nécessité de faire une ligature, soit en chaîne, soit sous forme de nœud de Lawson-Tait. La trompe est sectionnée aussi près que possible de la ligature, mais en laissant assez de tissu pour que le lien de grosse soie ne dérape pas. Avec le thermo-cautère, on cautérise la lumière de la trompe et le pédicule tout entier. On saupoudre ce dernier d'iodoforme, et on l'abandonne dans la cavité péritonéale.

Lavage abondant du péritoine avec de l'eau bouillie et filtrée à 35°. Gros drain en caoutchouc, dont une extrémité plonge dans le cul-de-sac de Douglas, et dont l'autre ressort dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Actuellement, la plupart des chirurgiens pratiquent le drainage à la Mickulickz, drainage capillaire effectué avec de la gaze iodoformée.

Suture par étages de la paroi abdominale. Pansement

iodoformé maintenu autour de l'abdomen légèrement compressif par un large bandage de flanelle.

Résultats opératoires. — Si le diagnostic de la tuberculose primitive des annexes de l'utérus pouvait être fait dès le début, dans la première année de la lésion, le traitement curatif, la salpingotomie et la castration (soit par la voie vaginale, soit par laparotomie, cette dernière étant le procédé de choix) permettraient dans beaucoup de cas, non seulement d'extirper un foyer d'hecticité, mais encore de juguler dans une certaine mesure l'évolution de la diathèse. Malheureusement l'opération n'a lieu qu'assez tardivement la plupart du temps, après plusieurs poussées de pelvi-péritonite et généralisation pulmonaire. Dans les observations de notre thèse, où l'opération a été pratiquée, les tumeurs étaient presque toujours assez volumineuses et largement adhérentes, rendant l'opération laborieuse.

Sur ces 15 observations il y a eu :

Un cas de mort (observation VI Kotschaü) dès le lendemain, ce qui fait une statistique de 6,6 pour 100 de mortalité, et constitue un résultat opératoire immédiat assez favorable.

Un cas bien portant au bout de deux ans (Hégar observation V).

Un cas bien portant après plus de 2 ans (de Massia, observation VIII).

Un cas bien portant après dix-huit mois de Massia (observat. XI).

Un cas bien portant au bout de 13 mois (de Massia, Obs. X).

Deux autres cas bien portants au bout de 10 mois (même auteur, Obs. XI et XII).

Un cas en voie de guérison (Delagénère, Obs. XIII).

Un cas bien portant au bout de sept mois (Stemann, Obs. XIV).

Un autre cas bien portant après deux ans et demi (Stemann, Obs. XV).

Un autre cas très bien portant après quatorze mois. Mort d'hémorrhagie interne (Stemann, Obs. XVI).

Un cas bien portant après un an (Lucas-Championnière, Obs. XVII).

Un cas en voie de guérison au bout de sept mois (Pollaillon, Obs. XVIII).

Un cas bien portant après sept mois (Observation personnelle I).

Un cas de guérison après deux ans et demi (Laparotomie exploratrice, palliative), Walter (Obs. XIX).

Bien que quelques observations soient trop récentes, ces résultats n'en sont pas moins très encourageants, lorsqu'on songe qu'une opération, peu grave en elle-même, permet de rendre des malades infirmes, à la vie active, au travail, et d'enrayer, pendant un temps plus ou moins long, le processus tuberculeux.

Nous n'oserions affirmer que la salpingotomie avec castration guérit complètement et prévient toute récurrence. Loin de nous cette prétention. Lorsque l'opération est faite au début, nous pensons que la diathèse tuberculeuse est parfois satisfaite, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Dans nos observations, on ne remarque pas de réci-

dives signalées : les malades, il est vrai, eussent mérité d'être suivies plus longtemps, si on l'avait pu.

Après l'opération radicale, il est important de prescrire aux malades la cure de grand air. Les stations d'altitude, en effet, dissipent les congestions préexistantes, et préviennent tout mouvement fluxionnaire nouveau. Nous n'insisterons pas sur le traitement prophylactique post-opératoire. Selon le conseil de Peter, l'on fera des paysannes, des malades qui sont, de par l'hérédité, sous le coup de la diathèse tuberculeuse.

CONCLUSIONS

La tuberculose primitive des annexes de l'utérus, l'une des formes les plus communes de la tuberculose des organes génitaux de la femme, est moins rare qu'on ne croyait.

Les lésions sont le plus souvent bilatérales, et affectent plus fréquemment la trompe que l'ovaire.

Le tableau symptomatique se rapproche beaucoup dans les grands traits, de celui des salpingo-ovarites simplement inflammatoires.

Quelques symptômes, que certains auteurs ont cru pathognomoniques, ne se différencient pas assez de la marche ordinaire du processus inflammatoire.

Le diagnostic toujours très difficile, peut être porté par les antécédents héréditaires de la malade, son âge, l'absence des commémoratifs étiologiques de la salpingite ordinaire, la répétition des poussées de pelvipéritonite, et l'affaiblissement rapide de l'état général, la cachexie précoce, qui contrastent avec l'intégrité du parenchyme pulmonaire, par l'examen microscopique du pus.

Si le diagnostic réside dans la trompe et dans l'ovaire,

le pronostic est dans le péritoine, les poumons et les méninges, par ordre d'importance.

Dès que le diagnostic a pu être porté de tuberculose locale primitive, on doit intervenir par l'ablation des annexes. La laparotomie est le procédé opératoire de choix.

L'invasion du péritoine par le processus, loin d'être une contre-indication, commande impérieusement la laparotomie.

La seule contre-indication provient de la généralisation déjà ancienne aux autres viscères, de la débilitation profonde de la malade, et des adhérences trop étendues.

Ces dernières rendent très difficiles et parfois impossible l'ablation des annexes. La laparotomie doit, pour raison majeure, se contenter d'être exploratrice, palliative dans certains cas invétérés.

Les résultats de l'opération, même dans cette dernière hypothèse : cessation des douleurs, arrêt des poussées de péritonite localisée, amélioration de la santé générale, sont à prendre en grande considération. Quant aux résultats de la salpingotomie et de la castration dans l'affection qui fait le sujet de notre travail, il sont remarquables au point de vue local comme au point de vue général. « La tuberculose des organes génitaux de la femme est une des formes de phtisie curable, au moins dans certains cas, dit Brouardel ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

V..., Anna, infirmière, âgée de 28 ans .

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte de tuberculose pulmonaire à l'âge de 28 ans.

Antécédents personnels. — La malade a eu dans son enfance la rougeole et la coqueluche. Réglée à 14 ans, régulièrement jusqu'au début de sa maladie. Mais ses époques étaient toujours très douloureuses.

Pertes blanches dans l'intervalle.

La malade (elle est très affirmative sur ce point) fait remonter le début de son affection au mois de février 1895 et nous avons pu l'observer dès la fin de ce même mois. Tandis qu'elle travaillait, elle éprouva une douleur lancinante, localisée à la fosse iliaque droite, irradiant vers les lombes et les aines. Hyperesthésie abdominale spontanée et à la pression, facies tiré, température vespérale 30° pouls petit à 120, nausées, vomissements bilieux, léger météorisme abdominal sans ascite. La localisation de la douleur au point de Mac Burney chez la malade affligée de constipation habituelle, la contracture des grands droits nous avaient tout d'abord fait penser à une appendicite aiguë, à une colique appendiculaire.

Le toucher vaginal, pratiqué après deux jours de traitement antiphlogystique, démontra dans le cul-de-sac latéral droit, la présence d'une masse ronde, chaude, très douloureuse, légèrement rénitente. Le diagnostic de salpingo ovarite droite fut discuté avec celui d'ovaralgie et définitivement admis à la suite de la marche de l'affection. Pas d'antécédents gonococciques.

La percussion, aussitôt qu'elle fut possible nous permit de trouver une matité absolue sur le bord droit de l'utérus, et la palpation de l'hypogastre démontrait la présence d'un plastron abdominal soudé à la paroi.

Le repos au lit, la vessie de glace sur l'abdomen, des injections vaginales très chaudes calmèrent les douleurs. Au bout de quinze jours, en allant à la garde-robe, la malade ressentit une douleur térébrante dans le flanc droit, et à la fin de la défécation rendit par l'anus un flot de pus jaunâtre, grumeleux, strié de sang. Rien ne s'écoula par le vagin. Cette évacuation fut suivie d'une détente brusque des phénomènes douloureux.

A partir de ce moment l'état de la malade s'améliora sensiblement, les troubles dyspeptiques du début rétrocédèrent progressivement.

Après un mois de repos absolu, elle reprenait ses occupations très fatigantes d'infirmière.

L'abdomen était redevenu souple, et le plastron avait disparu. Les règles étaient très irrégulières, il est vrai, et très douloureuses ; mais dans l'intervalle de ses époques, elle n'éprouvait aucun phénomène pyrétiq.ue.

Le 20 novembre, nouvelle crise annexielle analogue à la première : même soudaineté, même tableau pelvi-péritonitique. Les symptômes cette fois plus alarmants dans leur intensité ne permirent l'examen que tardivement.

Matité de tout l'hypogastre, avec douleur exquise, à *summum* péri-utérin. Le palper bimanuel montra un utérus peu mobile, un cul-de-sac droit peu sensible, et, dans le

cul-de-sac gauche, bombant dans le cul-de-sac postérieur, une petite masse, chaude, rénitente très douloureuse... Fièvre 39° le matin et 39°5 le soir. La malade très timorée se refusa à l'opération qu'on lui proposait.

Le traitement palliatif, visant les seuls symptômes fut une fois de plus institué. La malade resta un mois et demi alitée, et pendant les quinze derniers jours, à trois reprises différentes, lors d'un effort de défécation, avec les mêmes douleurs quasi-conquassantes, la malade rendit un flot de pus jaune mal lié, très fétide.

Aussitôt après, amendement subit des douleurs. Son état alla en s'améliorant, et un grand mois de convalescence (avec toniques et nourriture substantielle), lui permit de reprendre, malgré nos conseils, ses occupations d'infirmière.

Les périodes menstruelles étaient toujours irrégulières et douloureuses.

Pendant les premiers mois de l'année 1896, la malade ne présenta rien d'anormal. Mais, dans la première semaine d'avril, à la suite de surmenage physique imposé par son métier, étant en pleine époque cataméniale, elle fut prise de coliques salpingiennes analogues aux deux premières mais présentant une plus grande intensité. Facies ovarien, nausées, vomissements, 39° et 40° météorisme abdominal. Pas d'ascite quand le toucher vaginal put être pratiqué, on trouva les signes physiques de salpingo-ovarite double.

Repos absolu, vessie de glace, injections vaginales très chaudes, tel fut le traitement palliatif médical qu'une fois de plus les terreurs de la malade nous forcèrent d'employer.

Au bout de huit jours de repos, elle rendit, deux fois de suite, en allant à la garde-robe du pus jaune légèrement filant. Aucun écoulement par le vagin. Après un mois de convalescence, la malade se sentit assez forte pour re-

prendre son travail. A part une certaine pesanteur au périnée à la fin de la journée, elle se déclarait guérie. En effet le phénomène douleur avait disparu.

Jusqu'en décembre, elle attendit en vain ses règles. A la fin de ce mois, quelques signes précurseurs lui firent croire au retour mensuel. Mais, un soir, elle fut saisie brusquement de frissons, fièvre, nausées, douleurs pelviennes intenses irradiées aux lombes et aux membres inférieurs. Phlegmatia de la cuisse droite. Le toucher bimanuel montra les annexes des deux côtés, volumineuses, chaudes et douloureuses avec immobilisation de l'utérus.

Même traitement médical anti-phlogistique intus et extra.

La malade resta six semaines avec une température variant de 38° à 39°, et ne se trouva soulagée que le jour où, en allant à la selle, elle rendit par cinq fois du pus par l'anus.

Pas plus que les premières fois le foyer ne s'était fait jour par la voie vaginale. Cessation des douleurs.

La convalescence fut très longue, et ce n'est qu'au bout de trois mois, qu'elle put reprendre ses occupations.

Elle ne jouit pas longtemps de la santé, car le 17 avril 1897, la malade fut prise des mêmes symptômes que précédemment, aboutissant à la même défécation purulente, après sensation de « déchirement intérieur ». Comme elle se refusait à subir la laparotomie, le même traitement palliatif médical fut appliqué loco dolenti, et on s'efforça de lui remonter l'état général avec des toniques. Le 20 mai, se croyant assez forte, elle recommença à travailler. Bon appétit, pas d'amaigrissement. L'abdomen était souple et indolore : seuls les mouvements de flexion forcée du tronc sur les membres étaient légèrement douloureux.

Le 1^{er} novembre, elle dut s'aliter atteinte d'influenza, à localisation bronchique. Trois semaines de traitement la remirent sur pied.

Le 10 décembre. Elle dut s'aliter en proie aux douleurs décrites ci-dessus, Température 39° le matin, 39°5 le soir. Frissons très-violents, nausées, vomissements bilieux. météorisme abdominal. Pas d'ascite.

Le 11 décembre. — Toucher et palper combinés. Le cul-de-sac droit très chaud et douloureux contient une petite tumeur de la grosseur du doigt, rénitente et douloureuse. Cul-de-sac gauche très peu douloureux. L'utérus est enclavé dans le petit bassin.

Traitement antiphlogistique.

Le 22 décembre. — Au toucher et palper combinés, col très sensible. Utérus peu mobile, douloureux, au moindre mouvement imprimé.

Dans le cul-de-sac droit, tumeur du volume du pouce, rénitente. Dans le cul-de-sac postérieur, tombe une masse petite, chaude, douloureuse, qui paraît être la trompe droite enflammée.

Le cul-de-sac antérieur est vide. La région des annexes gauches, indolore, paraît saine.

Douleur très intense au point de Mac-Burney.

Toucher rectal et toucher vaginal combinés : trompe gauche, comme le doigt, très douloureuse. Même traitement médical symptomatique.

Le 21 janvier 1898. — Plastron abdominal vaste. Utérus petit, peu mobile très douloureux. La trompe gauche est volumineuse et très douloureuse. Les symptômes tant physiques que fonctionnels ne rétrocedant pas, l'opération est enfin acceptée et faite le 24 janvier par le Dr Le Bec chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

Ovaro-salpingectomie vaginale. L'incision du cul-de-sac postérieur amène un flot de pus grumeleux, jaunâtre très fétide. Les annexes sont abaissées très laborieusement, à cause d'adhérences très nombreuses, courtes et solides. Pincés sur les cornes utérines et résection des annexes. Drainage iodoformé.

Examen macroscopique. — Les deux trompes qu'on a pu enlever sans les crever sont grosses comme le pouce. Elles ont la forme d'un tronc de cône dont la base est au pavillon. Leur surface séreuse est hérissée de granulations miliaires, et plissée surtout dans leur tiers externe où est le maximum de dilatation en forme de cornemuse. Le conduit tubaire est noueux, bosselé, très épais à son tiers externe. La paroi est infiltrée de follicules tuberculeux, et à la face postérieure de la trompe gauche se voit un nodule caséeux, par où la communication a dû se faire avec le rectum après création de péritonite adhésive. Tubercules sur la face muqueuse.

Le contenu des deux trompes est du pus caséeux, jaunâtre, grumeleux- très fétide : les grumeaux caséifiés se voient surtout à l'extrémité externe de la trompe, devenue kistique.

La lumière du conduit tubaire est purement virtuelle à la partie moyenne de son tiers externe, grâce à l'accolement à elle-même de la muqueuse hypertrophiée, plissée et rouge.

L'orifice péritonéal est aussi oblitéré par l'adhérence mutuelle des franges du pavillon, qui sont hérissées de granulations miliaires.

L'ovaire offre un semis de tubercules, les uns jaunâtres, les autres de couleur citrine. A la coupe, le parenchyme se montre détruit complètement ; de sorte que l'organe, du volume d'une grosse noix, est transformé en un kiste à parois minces, sclérosées, dont le contenu est du pus caséeux, fétide.

Les lésions macroscopiques des trompes et des ovaires semblent superposables avec une prédominance légère du côté droit.

Examen microscopique. — Les pièces recueillies dans l'alcool faible, puis passées successivement dans l'alcool

à 90°, alcool absolu, alcool-éther, ont été incluses dans la celloïdine. Les coupes ont été faites au microtome de Yung. Coloration à l'hématoxyline-éosime. Montage au Baume.

Microscope Dumaige. Oculaire 2, objectif 4.

Trompe. La lumière de la trompe se montre vide au centre de la préparation. Au voisinage de la paroi, on ne distingue sur presque toute l'étendue que des amas fortement colorés en bleu par l'hématoxyline, constitués par les noyaux des cellules inflammatoires. Il est impossible de retrouver les franges de la muqueuse ; on aperçoit seulement dans la profondeur et sur un quart de la préparation le fond de ses replis élargis et comblés de cellules épithéliales desquamées. La bordure de cellules cylindriques est assez bien conservée à ce niveau, comme on peut le voir en se servant d'un plus fort grossissement (oculaire 8). Avec cet oculaire, on remarque que les placards bleus qui ont pris la place de la muqueuse sont bien formés en partie par des cellules de pus dont le noyau se colore assez bien ; mais, sur une assez grande superficie, le tout s'est transformé en un magma au milieu duquel les noyaux ne se distinguent plus. Il s'agit de substance caséifiée qui apparaît alors amorphe et colorée en rose.

Au voisinage des culs-de-sac dilatés, en pleine muqueuse, on observe une ou deux cellules géantes. La couche sous-muqueuse est absolument infiltrée de cellules embryonnaires, au centre desquelles on aperçoit quelques placards caséeux et de très nombreuses cellules géantes caractéristiques. Cette infiltration embryonnaire dissocie les fibres musculaires des couches sous-jacentes, et se retrouve même, quoique à un moindre degré dans la couche de tissu celluleux sous-péritonéal. On trouve au voisinage des vaisseaux, deux ou trois nodules embryon-

naires, avec des cellules géantes qui donnent la signature histologique de la lésion.

Plusieurs préparations nous ont permis de trouver les bacilles de Koch, quelques-uns allongés, d'autres à forme courte et un peu granuleuse.

Ovaires. — Les préparations des ovaires kystiques nous ont montré les mêmes lésions tuberculeuses que les trompes, et la présence des bacilles de Koch.

Les suites de l'opération furent excellentes. Pas de fièvre : aucune réaction péritonéale. L'auscultation attentive et répétée plusieurs fois des poumons de la malade n'a jamais pu dépister aucun signe de tuberculose. L'auscultation du cœur dévoila la présence d'une insuffisance et d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire. L'auscultation des vaisseaux du cou nous fit entendre un souffle continu.

Les pinces furent enlevées en temps opportun, et le drainage à la gaze iodoformée fut supprimé au bout de quinze jours.

Nous n'avons pu par le toucher rectal trouver aucune masse granuleuse, reliquat de la perforation en quelque sorte à soupape, qui expliquait la défécation purulente intermittente et critique que présenta à maintes reprises la malade.

Au bout d'un mois elle quitta l'hôpital avec un facies très bon. La palpation de l'abdomen indolore ne nous révéla aucun plastron, aucun empâtement pelvien. Le toucher vaginal n'était pas douloureux, pas de fistule.

La malade alla à la campagne. Elle nous revint en avril transformée comme état général. Plus de signes de dyspepsie. Dix livres d'augmentation de poids. La malade se considère comme guérie et ne souffre plus. Pas d'écoulement leucorrhéique. Après l'avoir, sans plus de résultat qu'auparavant, auscultée à nouveau, nous lui

donnons le conseil prophylactique de changer de métier.

Le 25 juin. — Elle nous envoya de la campagne d'excellentes nouvelles de sa santé, dont l'amélioration semble devoir être progressive.

OBSERVATION II

Extraite d'une communication de M. E. Doyen, de Reims, *in Journal des Connaissances Médicales*, 1888, p. 227.

M..., 23 ans, domestique, entrée salle Lorrain, à la Pitié, le 8 janvier 1885 (service de M. Lancereaux). Réglée à 16 ans; mariée à 20 ans, elle eut un enfant peu après. Le sang des règles est pâle. L'hémorrhagie dure habituellement de 5 à 6 jours. Dans l'intervalle, elle a des pertes blanches. Elle s'est levée trois jours après son accouchement.

Depuis quinze jours, elle est plus souffrante et se plaint que son mari, très fort selon elle, lui causait de la douleur dans le coït.

Le 9 janvier. — Elle souffre de tout l'abdomen, surtout à gauche, et présente des vomissements porracés. Il existe en avant de l'utérus un empâtement douloureux.

Dysurie, constipation, ballonnement du ventre. Urine très albumineuse, teinte subictérique des conjonctives, coliques, diarrhée. Fièvre hectique, cachexie progressive, frissons fréquents. Il existe toujours un empâtement douloureux au-devant et sur les côtés de l'utérus.

La température a oscillé matin et soir de 38° à 40°. L'état général s'aggrave, et on constate à l'auscultation des râles pulmonaires aux bases. Mort.

Autopsie le 8 février.

Nous tombons avec étonnement, non pas sur une pelvi-péritonite inflammatoire simple comme on s'y attendait, mais sur des lésions tuberculeuses des organes pelviens, compliquées de granulie péritonéale et d'un immense abcès communiquant avec l'intestin.

Le décollement péritonéal se prolonge surtout dans la fosse iliaque gauche. A droite, la cavité purulente communique avec le cœcum par un orifice déchiqueté de 1 centimètre de diamètre.

Le péri-utérin est semé de granulations tuberculeuses. D'autres points présentent des fausses membranes inflammatoires récentes.

La muqueuse utérine est rouge, congestionnée, épaissie, semée de granulations tuberculeuses, dont quelques-unes sont déjà caséuses.

La rate est énorme, les reins blanchâtres et volumineux, le foie jaunâtre pèse 2.030 grammes et semble amyloïde. Tous les viscères abdominaux sont unis par des fausses membranes, dont quelques-unes assez anciennes.

Ces fausses membranes sont semées de granulations tuberculeuses qui abondent particulièrement sur le péri-utérin qui recouvre le foie et l'estomac.

Aucune trace de tuberculose pulmonaire ou pleurale. Hépatisation grise du lobe moyen du poumon droit. Pneumonie lobulaire disséminée des deux côtés.

Le péricarde est enflammé et contient 60 grammes d'un exsudat fibrino-purulent.

Rien au cerveau.

La muqueuse intestinale ne présente aucune trace de tuberculose. L'aspect de la perforation du cœcum semble prouver qu'elle s'est faite de l'abcès vers l'intestin. Elle est, en effet, très nettement taillée du côté de la muqueuse et fort irrégulière du côté de l'abcès.

Cette malade semble donc avoir succombé à des accidents infectieux à la suite de la communication avec le

cœcum d'un foyer purulent développé au niveau des annexes de l'utérus.

L'examen des viscères a prouvé qu'il n'existait pas de tuberculose pulmonaire, et que l'utérus devait avoir été atteint en premier lieu.

OBSERVATION III

Extraite de la communication de M. le Dr E. Doyen, de Reims.
Journal des Connaissances Médicales, 1888, p. 227.

Cassin, 64 ans, domestique. Elle a eu 16 enfants, qui sont tous morts en bas-âge. Légèrement alcoolique.

Elle entre le 3 janvier, salle Lorain (service de M. Lancereaux), en se plaignant d'une faiblesse générale. Elle est cachectique et a eu une pleuro-pneumonie, il y a cinq ans.

Quatre jours avant d'entrer à l'hôpital, elle a dû cesser son métier de marchande des quatre saisons, et s'aliter. Elle se plaignait alors de courbature, de maux de reins, et de frissons.

Elle présente des râles de bronchite, et dans le flanc droit une tumeur très douloureuse de nature inflammatoire.

Il se produit un peu d'ascite, de l'œdème des membres inférieurs. L'urine est rare, d'odeur ammoniacale, chargée de sels et albumineuse.

La tuméfaction du flanc droit augmente. L'état général s'aggrave. Des râles de bronchite généralisée s'entendent des deux côtés du thorax.

Au commencement de février, l'urine se montre de

plus en plus albumineuse. L'œdème des jambes s'accroît. On entend au cœur un bruit de galop.

Une escarre se produit au sacrum et la malade meurt vers le 15 février.

A l'autopsie, nous trouvons des lésions d'athérome généralisé, quelques tubercules pulmonaires.

La séreuse péritonéale en particulier présente de nombreuses granulations tuberculeuses remarquablement dures et saillantes, paraissant de date très ancienne.

Les trompes sont volumineuses, atteintes de périsalpingite, et en partie caséuses ainsi que les ovaires.

La muqueuse utérine et le tissu même de l'utérus sont profondément infiltrés de tubercules caséux, qui donnent à la cavité du corps un aspect analogue à celui de certains cancers.

OBSERVATION IV

Extraite des « Leçons faites à l'Hôtel-Dieu par le professeur Cornil ». in « *Journal des connaissances médicales* » (1888), page 234.

La nommée Lemaire, âgée de 78 ans, entre le 30 avril à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, au n° 37, de la salle Duplay.

Cette malade, cachectique, amaigrie, gâteuse, répond très difficilement aux questions qu'on lui pose, si bien qu'il est à peu près impossible d'avoir des renseignements sur ses antécédents. Pendant les dix jours qu'elle reste dans le service, elle a eu de la fièvre, avec exacerbations le soir, la température variant de 38°5 à 39° et même 40°. Elle meurt le 8 mai.

Autopsie faite le 9 mai.

Le péritoine est le siège d'une éruption extrêmement abondante de granulations d'un jaune rosé nullement caséuses, sans grande rétraction de l'épiploon du mésentère, sans adhérences des anses intestinales, sans épanchement d'aucune sorte dans la cavité péritonéale.

Cette éruption est plus abondante du côté du petit bassin que partout ailleurs, et les organes contenus dans cette cavité sont soudés les uns aux autres, ce qui oblige à les enlever ensemble. Les adhérences qui unissent ces organes sont filamenteuses, assez faciles à déchirer et criblées de granulations. En arrière de la vessie, dont la muqueuse est tout à fait saine, on tombe sur une cavité du volume d'une petite orange; cette cavité est remplie par un liquide glaireux, jaune verdâtre, contenant de très nombreux grumeaux tout-à-fait jaunes. Une fois le liquide enlevé, on voit qu'elle est tapissée à sa face interne par une fausse membrane jaune pulpeuse, très analogue à celle qui tapisse la surface des cavernes pulmonaires. Cette cavité est bien évidemment la cavité utérine.

La paroi qui la limite n'est autre que la paroi du corps de l'utérus très amincie (1 à 2 mètres d'épaisseur). Elle contient sur un point un myome interstitiel d'aspect très caractéristique, du volume d'une petite amande.

L'utérus ainsi distendu est devenu globuleux; son bord supérieur s'est arrondi, mais il donne insertion de chaque côté à deux cordons du volume d'une plume d'oie et qui sont manifestement les trompes; à sa partie inférieure on trouve le col, dont les dimensions sont normales, et la cavité est remplie de mucus. La muqueuse du col est saine, son orifice interne est complètement atrésié, et la cavité de l'utérus ne communique pas avec la sienne.

Le vagin est sain.

Le cordon qui représente la trompe gauche renferme de

la matière jaune dans son intérieur et aboutit à un ovaire kystique enserré de tous côtés par les néo-membranes filamenteuses. Les kystes de cet ovaire sont remplis de liquide clair, leurs parois sont minces et parfaitement lisses.

La trompe droite est beaucoup plus volumineuse que la gauche; elle est bosselée, contient des masses jaunes dans sa paroi et dans sa cavité élargie; elle aboutit à un corps ovulaire du volume d'un œuf de pigeon, dans lequel une section longitudinale montre des cavités les unes semblables à celles qui se rencontrent dans l'ovaire gauche, les autres renfermant un magma jaune caséux et dont les parois devenues très épaisses, sont constituées par cette matière jaune infiltrée.

Le foie, la rate, le rein ne renferment pas de granulations, et ne présentent aucune particularité à relever.

Le lobe supérieur du poumon droit est complètement solidifié et ferme, de couleur grise, parsemé de gros nodules jaunes : tout-à-fait au sommet, une ou deux excavations anfractueuses peu volumineuses. La lésion empiète un peu sur le lobe moyen, puis s'atténue et disparaît vers la base.

Le sommet du poumon gauche renferme deux ou trois gros nodules de pneumonie ardoisée, parsemés de granulations sous forme d'arborisation. Pas d'épanchement pleural.

L'examen histologique et bactériologique du muco-pus contenu dans l'utérus a montré une quantité énorme de bacilles de la tuberculose. Il y en avait de 10 à 20 dans chaque champ du microscope à 400 d'amètres.

Ces bacilles étaient souvent en amas et un peu granuleux, comme on les rencontre dans certains spécimens de crachats.

OBSERVATION V

Hégar in thèse de Daurios. « *Tuberculose des organes génitaux de la femme* ». Paris 1888-1889. p. 155.

Basl... 23 ans, nullipare. Hérité tuberculeuse. Réglée à 16 ans, trois à quatre jours chaque fois, avec douleurs spasmodiques au ventre et aux reins.

A 22 ans, à la suite d'une peur, accès de dyspnée, de crampes dans les jambes.

A dater de cette époque, règles faibles d'un jour de durée.

5 mai 1885. — Lèvre postérieure du col, tuméfiée, bleu rouge. Sécrétion abondante, muco-purulente. L'orifice externe est tourné en avant. Le col est dans l'axe du vagin.

L'isthme est tiré en arrière et en haut. Le corps de l'utérus est en antéflexion à angle aigu. Au toucher vaginal, on sent à l'angle droit du fond de l'utérus deux cordons dont le supérieur, plus prononcé prend son origine à l'utérus par une tuméfaction nodulaire. A gauche, on sent aussi deux cordons dont le supérieur conduit à une tuméfaction placée à son extrémité externe. Par le toucher rectal, on sent le ligament sacro-utérin gauche modérément tendu, non raccourci ; le ligament latéral est plus tendu. Un cordon tendu en forme de chapelet s'étend latéralement le long de la paroi du bassin et se termine au voisinage des ovaires. Le ligament utéro-sacré droit est aussi tendu et épaissi.

14 mai 1885. — Salpingotomie. Des deux côtés, la trompe et l'ovaire sont enlevées. Adhérences nombreu-

ses. A l'excision du pédicule gauche, une petite quantité de pus s'écoule dans la cavité abdominale.

On a trouvé des bacilles de la tuberculose.

Convalescence régulière. Palpitations. Quelques douleurs abdominales à la fin des règles et surtout pendant la miction et la défécation.

Rien aux poumons (Prof. Baumler).

Excellent état général en juillet 1886. Règles irrégulières, rares, mais abondantes.

Dernières nouvelles le 15 juin 1887. Très bonne santé en 1885, 1886, jusqu'en mai 1887.

Depuis, toux, dyspnée : règles irrégulières. Douleur à gauche à la partie inférieure de l'abdomen » (Hégar. Communication écrite, 28 décembre 1888).

OBSERVATION VI

(Extraits des *Arch. für Gynæk.* XXXI., 1887. p. 265) de Kotschau (de Cologne).

Femme de marchand, 46 ans, sans antécédents héréditaires tuberculeux. Cinq accouchements normaux, avec suites de couches normales. Crises hystériques depuis longtemps. Règles cessées depuis un an. La malade se plaint de métrorrhagies, vertiges, palpitations, et douleurs dans la région hépatique.

A l'examen : Endométrite, rétroversion, périmétrite et ovarite chronique droite.

Les douleurs disparaissent par l'emploi d'un pessaire et d'injections intra-utérines.

Six mois plus tard, apparition d'une pelvi-péritonite aiguë : hypogastre sensible à la pression ; l'utérus long

de 7 centimètres est en rétroversion. A droite de l'utérus : tumeur lisse, fluctuante, de la grosseur d'une pomme, très sensible à la pression. Pas d'ascite.

Laparotomie. — Le péritoine est louche, hyperhémie. Petite quantité de liquide louche, séreux dans l'abdomen. La tumeur est bosselée, longue de 8 centimètres et épaisse de 3 centimètres, adhère à l'intestin par des néomembranes.

En tirant dessus avec une pince de Museux, on voyait sortir du pus d'une poche située sur le plancher du bassin. L'opération fut interrompue.

La malade mourut le lendemain.

Nécropsie. — Au sommet du poumon droit, noyau caséeux gros comme une pince et entouré de quelques granulations.

Dans le petit bassin : 250 grammes de liquide trouble. Utérus en rétroflexion, hypertrophié, à muqueuse gonflée, recouverte à l'angle tubaire droit d'une couche sale et jaunâtre.

Trompe gauche : Épaissie, se termine dans une poche en entonnoir, à parois épaisses et pleine de matière caséeuse. Un dépôt jaunâtre recouvre la muqueuse qui est d'un rouge foncé.

Trompe droite. — Flexueuse, allongée en forme de serpent, fortement épaissie, se perd dans une tumeur fluctuante du volume d'un œuf de poule, est remplie de liquide jaunâtre et de pus caséeux. Cette poche est limitée par le plancher et le ligament large.

Ovaires, droit, gros comme une noisette (contiennent des masses caséeuses.

Microscope. — Les trompes (la droite surtout) dans leur moitié externe ont l'aspect de tissu de granulation.

La muqueuse et son chorion sont épaissis ; la couche musculaire est infiltrée de petites cellules, de cellules géantes et de tubercules.

En se rapprochant de l'utérus les deux trompes sont saines.

OBSERVATION VII

Extraite du *Traité Pratique des maladies de l'utérus*, 2^e édition p. 987 (Courtq). [6-34]

No..., âgée de 23 ans, fille de l'hôpital, taille un peu au-dessous de la moyenne, constitution très délicate, maigre, cheveux blonds, peau fine et transparente, tempérament lymphatique, n'a pas présenté dans son jeune âge de manifestation de la diathèse scrofuleuse. A 12 ans, de retour de la montagne, elle se plaignait de coliques violentes, si souvent qu'on l'accusait de les simuler. A 16 ans, après beaucoup de douleurs hypogastriques, elle eut un premier écoulement menstruel, très peu abondant. Depuis lors, les douleurs revinrent périodiquement et, malgré tous les moyens mis en usage, les règles ne parurent que trois à quatre fois à de longs intervalles. A 19 ans, suppression complète des règles, mais persistance des douleurs, plus vives au commencement de mars.

Placée comme domestique, à diverses reprises, elle dut revenir à l'hôpital, après un séjour plus ou moins long au dehors. Les douleurs de plus en plus vives, amenaient paraît-il, des crises nerveuses, pendant lesquelles la malade restait presque sans connaissance pendant des heures entières. En même temps, le ventre devint volumineux et, vers le mois de juin 1864, malgré les dénégations

formelles de la malade, on conclut à une grossesse possible. N... fut renvoyée pendant quelques mois à la montagne : elle en revint bientôt plus fatiguée.

A cette époque, décembre 1864, on constata quelques craquements au sommet des deux poumons, de la matité avec absence de murmure vésiculaire à la base de la poitrine, surtout à droite ; une tumeur abdominale, très douloureuse à la pression, siégeant surtout à la région iliaque droite et s'accompagnant d'une distension à peu près uniforme de tout l'abdomen. Pertes d'appétit, selles régulières, fatigue très grande, douleurs vives au moindre mouvement ; pas de fièvre.

Traitement : vésicatoire à la base du thorax, tisane de chiendent nitré, iodure de fer, frictions iodurées sur l'abdomen.

Sous l'influence de ces moyens, une légère amélioration se produisit dans l'état de la poitrine ; mais il y eut persistance de la tumeur abdominale, et continuation de douleurs toujours très intenses sur ce point. Cette tumeur donnait un son mat à la percussion, occupait toute la fosse iliaque droite, le reste de l'abdomen était météorisé ; pas de sensation de fluctuation. Par le toucher vaginal, on constata l'existence d'une tumeur soulevant la partie latérale du sinus utéro-vaginal, paraissant refoulée en bas par une pression exercée sur la fosse iliaque, et se continuant avec une autre tumeur rénitente, présentant parfois des apparences de fluctuation et bombant un peu dans le cul-de-sac vagino-utérin postérieur. Cette double tumeur était à peu près complètement immobile, quoique paraissant séparée par un sillon du corps de l'utérus peu mobile lui-même. Au niveau de l'ombilic, le ventre mesurant 0 m. 68 ; plus bas, au dessus du pubis, 0 m. 74. La palpation n'était douloureuse qu'au niveau de la fosse iliaque. Il y avait un peu de constipation, et surtout du dé-

goût pour les aliments. Jamais les selles n'ont rien offert de particulier.

Diagnostic. — La malade croyait avoir un kyste de l'ovaire et demandait à être opérée, comme une de ses compagnes qu'elle avait vue guérie par l'ovariotomie quelques mois auparavant. Je diagnostiquai : tuberculisation probable des trompes et des ovaires, et peut être un abcès ovarien, formant le centre d'une collection purulente pelvi-péritonéale, elle-même enkystée par des adhérences pseudo-membraneuses.

N... fut mise pendant plusieurs mois à un traitement par les pilules de fer (masse pilulaire de Blaud, 0,15; rhubarbe 0,05), le chlorure d'or et de sodium, les tisanes amères, les frictions avec l'onguent napolitain, etc. Entre des alternatives de bien et de mal, il y avait toujours retour des douleurs aussi intenses, toujours aménorrhée.

Le 20 décembre 1865, après quelques jours d'indisposition légère et d'augmentation du dégoût pour les aliments, N... fut prise brusquement de vomissements bilieux, avec frisson violent, quoique la peau fut chaude et sèche. En même temps la face devint grippée, le pouls fréquent et petit, le ventre très douloureux (cataplasmes sinapisés aux extrémités, potion anti-émétique gazeuse) limonade froide, onguent napolitain belladonné à haute dose sur l'abdomen.

Le soir, même état; une garde-robe diarrhéique, puis constipation opiniâtre. Malgré tous les moyens rationnels usités contre la péritonite, cet état alla s'aggravant d'heure en heure, et la mort survint le cinquième jour, avec tous les symptômes d'une péritonite aiguë, que rien ne put enrayer, et sans aucun délire.

Nécropsie pratiquée vingt-huit heures après la mort.

Poitrine. — Adhérences pleurales très étendues, à droite surtout. Tubercules crus, disséminés; isolés, peu

nombreux au sommet des poumons. Engouement peu marqué, sans tubercules, à la base.

Abdomen. — Pus dans la cavité péritonéale; séreuse de la couleur très foncée, noirâtre. Masse intestinale, fortement injectée, tapissée de fausses membranes de plusieurs millimètres d'épaisseur, unissant les anses entre elles par des adhérences difficiles à détruire.

Mésentère infiltré de matière grasseuse et plastique ayant une épaisseur de près de 0 m. 02. Engorgement tuberculeux des ganglions mésentériques. Quelques tubercules crus sous-péritonéaux en divers points de l'intestin grêle.

Dans la fosse iliaque droite tumeur irrégulière, volumineuse. Le cœcum en forme une portion, il est uni aux parties voisines par des adhérences excessivement intimes, dans lesquelles on reconnaît des exsudations anciennes de matière plastique infiltrée de pus.

Dans cette tumeur, fixée d'une manière immobile aux parties molles de la fosse iliaque, sontenus et cachés : l'ovaire, la trompe et le ligament rond du côté droit. De nombreuses brides pseudo-membraneuses épaisses et du pus contenu dans les aréoles formées par leur entrecroisement, prolongent la tumeur dans la cavité pelvienne jusque sur les côtés droit et postérieur de l'utérus, où elle avait paru bilobée au toucher. La trompe et l'ovaire sont surtout englobés dans la tumeur : une dissection minutieuse permet de les en séparer, mais non pas sans ouvrir le cœcum, surtout lorsqu'on pousse trop loin les recherches. Les parois du gros intestin sont très épaisses, la texture n'en est pas reconnaissable; la muqueuse, boursoufflée, ramollie, est ulcérée sur quelques points, sans présenter de traces de tubercules.

La trompe, à parois épaissies, renferme à la fois dans les interstices de son tissu et à la surface de sa muqueuse, une matière tuberculeuse, dure et granuleuse dans l'épais-

seur du tissu ou au-dessus de la muqueuse, ramollie en certains points, offrant presque partout, une consistance analogue à celle du mastic de vitrier. L'ovaire, de forme très allongée, contient aussi la même matière dans sa trame; on y découvre quelques vésicules de Graaf atrophiées.

L'utérus un peu dévié à droite par les adhérences de ses annexes à la tumeur iléo-cœcale, est sain, excepté au niveau de l'embouchure des trompes, où se trouvent contenus, dans l'épaisseur même de ses parois, des tubercules à divers degrés d'évolution.

Du côté gauche, la trompe et l'ovaire occupent leur position normale. Ils ne sont pas adhérents aux parties voisines; mais ils sont le siège des mêmes altérations pathologiques que les annexes du côté droit, seulement ces altérations y sont un peu moins développées. L'ovaire, complètement libre de toute adhérence anormale, à la forme allongée qui le caractérise dans l'enfance, et semble avoir été arrêté dans son évolution; le grand diamètre transversal mesure 0m, 055, la hauteur à peine 0m, 012.

OBSERVATION VIII

Tirée de la thèse de M. R. de Massia, *Salpingo-ovarites tuberculeuses*, Paris, 1890-1891, page 64.

Mme C..., âgée de 31 ans, n'a pas eu d'enfants. Depuis trois ans, sa santé s'est altérée; elle accuse de vives douleurs dans les côtés du bas-ventre, ne peut plus mener son existence ordinaire, et subit de temps à autre des poussées plus ou moins sérieuses de péritonite à ré-

pétition. Les annexes paraissant intéressées, et l'état général devenant alarmant, une intervention est décidée.

Elle a lieu le 9 avril 1889. Les organes malades avaient contracté d'intimes adhérences avec le péritoine et l'épiploon, dont il faut d'abord les séparer. Cette complication opératoire est si sérieuse, qu'il est impossible, à gauche, d'enlever la trompe, et que l'ovaire seul est retiré.

Il s'agissait d'une double salpingite contenant un liquide muco-purulent. La lésion était manifestement de nature tuberculeuse, ainsi que le prouva l'examen histologique.

La malade guérit rapidement de l'opération, prit de l'embonpoint, et sa santé rétablie aussitôt se maintint longtemps bonne.

Mais, au mois de mai 1890, elle eut une poussée de péri-tonite tuberculeuse (?) pour laquelle elle resta à la Salpêtrière quelque temps. Le ventre était ballonné et douloureux, mais la palpation ne faisait sentir aucune induration. On ne sentait rien non plus au toucher vaginal. Le repos améliora considérablement la malade qui put bientôt sortir de l'hôpital, et reprendre son métier de domestique. On a eu de ses nouvelles en juin 1891, sa santé est aussi satisfaisante que possible.

OBSERVATION IX

Extraite de la Thèse de M. R. de Massia. Les salpingo-ovarites tuberculeuses. Paris 1890-1891.

Mme B... 35 ans, a eu un enfant à 22 ans, à l'âge de 27 ans, sans fausse couche évidente, elle éprouve des trou-

bles de la menstruation et des douleurs abdominales assez violentes. Bientôt apparurent des poussées de péri-
onite assez graves, qui furent au nombre de cinq dans l'es-
pace de six ans. Actuellement elle souffre beaucoup, ne
peut marcher, et se plaint d'irradiations douloureuses
dans les reins et les cuisses.

Opération 11 juin 1889. — On enlève deux trompes
énormes, épaissies, à parois bosselées, contenant du pus
caséeux. Une d'elles, adhérente, est rompue, et le pus
s'épanche dans le péritoine. Les ovaires sont atrophiés,
adhérents et déchirés.

On trouve des granulations sur les trompes et le pavil-
lon. Lavage du péritoine : deux gros drains, qui restent
en place trente-six heures.

L'opération très pénible, a duré une heure et quart. Les
suites opératoires furent parfaites et la malade quitta la
Salpêtrière, guérie, et pouvant marcher facilement, le 24
juillet 1889.

Elle jouit d'une santé assez bonne, jusqu'au mois de dé-
cembre 1889. A cette époque, elle rentre à la Salpêtrière :
on constate une masse indurée assez volumineuse autour
de l'utérus refoulé à gauche et comprimant le rectum.
Cette induration provoque des douleurs au moment de la
défécation. Actuellement, tous les accidents ont disparu.
La malade a beaucoup engraisé et n'a plus de douleurs
(octobre 1890).

OBSERVATION X

Extraite de la thèse de M. R. de Massia. Les salpingo-ovarites
tuberculeuses (Paris 1890-1891), page 66.

Mme S..., 31 ans, a eu deux enfants. Elle fait remonter
à cinq ans le début de sa maladie, sans cause appréciable.

Les douleurs sont violentes, les règles abondantes. On sent des lésions assez nettes dans les deux cul-de-sac vaginaux.

Opération, le 18 septembre 1889. De chaque côté, on enlève une trompe épaissie, couverte de granulations tuberculeuses formant un semis abondant.

Les parties malades furent assez faciles à enlever.

Le malade se rétablit facilement et peut reprendre ses occupations.

Elle ne souffre plus (1^{er} octobre 1890) et a repris sa vie habituelle.

OBSERVATION XI

Extraite de la thèse de M. R. de Massia. *Les salpingo-ovrites tuberculeuses* Paris 1890-1891, page 66.

Mme D... âgée de 27 ans.

Entre le 12 août 1890 à la Salpêtrière dans le service de M. Terrillon, suppléé par M. Chaput.

Cette malade a toujours eu des règles régulières, non-douloureuses, assez abondantes.

Un enfant, il y a trois ans. Suite de couches normales.

Aucun antécédent tuberculeux dans sa famille.

Le début de la maladie remonte à un an. Des douleurs abdominales violentes, siégeant dans le bas-ventre, et surtout à gauche se montrèrent à cette époque ; en même temps, la malade eut des pertes blanches assez abondantes.

Les douleurs sont surtout violentes depuis le mois de janvier 1890, et obligent la malade à garder parfois le lit.

Il y a trois mois (12 mai 1890), curettage utérin. Pas

d'amélioration à la suite ; les douleurs ont plutôt augmenté.

A la fin de juillet, après une crise douloureuse très-violente, la malade a été prise d'une perte sanguine ayant duré cinq jours. Cette hémorrhagie s'arrêta complètement, puis reprit de nouveau pendant cinq jours, au commencement d'août.

Actuellement, les douleurs abdominales sont toujours assez vives, surtout quand la malade se fatigue.

La défécation n'est pas douloureuse. Diarrhée depuis quelque temps.

La miction est pénible et fréquente.

L'examen physique est rendu difficile par la sensibilité de la malade. Par la palpation abdominale, on perçoit cependant au niveau des annexes gauches une masse assez volumineuse.

Au toucher, on trouve un utérus mobile, volumineux, douloureux, en anté-version légère.

Le col est un peu en arrière, gros, à orifice transversal, largement ouvert.

Le cul-de-sac latéral droit est normal. Le cul-de-sac latéral gauche est en partie effacé et empâté, ainsi que la partie correspondante du cul-de-sac postérieur.

Dans le cul-de-sac antérieur, on trouve le corps utérin.

Au palper bimanuel, annexes droites douloureuses, assez volumineuses. Annexes gauches formant une masse extrêmement douloureuse du volume des deux poings.

Laparatomie le 2 septembre 1890.

Des deux côtés, masses énormes, plus grosses que le poing, formées par les trompes dilatées, remplies de pus.

Les deux trompes sont rompues au cours de la décoloration et le pus tombe dans le petit bassin protégé avec des éponges.

Utérus infiltré de matière caséeuse, au niveau des cornes utérines seulement (incision des petits foyers caséeux, grattage et cautérisation au thermo-cautère).

Le cœcum, dans un point, où il adhérerait à la trompe droite, est infiltré de matière caséeuse, gros comme un pois ; ablation d'une portion aux ciseaux. On s'arrête pour ne pas ouvrir l'intestin.

Lavage du péritoine, pas de drain.

Suites simples : la température ne dépasse pas 37°5.

Revue en mars 1891. Etat général et local parfaits. Embompoint. La malade a eu des pertes en mars pendant quinze jours. Elles ont cédé au repos et à l'ergotine. Au toucher, l'utérus est petit, mobile ; rien dans les culs-de-sac.

Nous avons eu des nouvelles de la malade en juin 1891, sa santé continuée à être parfaite.

OBSERVATION XII

Extraite de la thèse de M. R. de Massia. (*Les salpingo-ovarites tuberculeuse*. Paris 1890-1891). page 68.

Mme C..., âgée de 34 ans, entre le 25 juillet 1890, à la Salpêtrière, dans le service de M. Terrillon suppléé par M. Chapus.

Trois enfants, suite de couches normales.

Le début de l'affection remonte à quatre ans, peu de temps après son dernier accouchement.

Douleur abdominales au niveau des deux fosses iliaques, règles irrégulières et douloureuses.

Au toucher, annexes un peu volumineuses, très dou-

loureuses. Laparotomie, le 26 août 1890 par M. Chaput.

On trouve des deux côtés une salpingite catarrhale assez accentuée, mais la surface séreuse de la trompe est recouverte de granulations semi-transparentes offrant tous les caractères de granulations tuberculeuses. Il n'existe de ces granulations ni sur les ovaires qui sont sclérokystiques, ni sur le péritoine pelvien. Pas de lavage, ni de drainage.

La guérison est retardée par un vaste abcès de la paroi qui oblige à pratiquer la désunion de la plaie abdominale qui guérit par bourgeonnement.

La malade sort de l'hôpital, allant bien, le 15 novembre 1890.

L'examen histologique des deux pièces, pratiqué par M. Chibret, a montré qu'il s'agissait bien de granulations tuberculeuses à la surface de la séreuse. On constatait, en effet, à ce niveau, la présence de follicules tuberculeux avec leur structure typique. La recherche des bacilles a été infructueuse. On n'a trouvé ni dans le reste de la trompe (qui présentait les lésions histologiques de la salpingite catarrhale), ni dans l'ovaire d'autres traces de tubercules.

OBSERVATION XIII

Tirée du mémoire de M. H. Delagenière « *Du plan incliné dans certaines laparotomies* », *Progrès Médical*, 21 mars 1881.

La nommée E... M., âgée de 28 ans, fermière.

Elle a présenté, à plusieurs reprises, des poussées de péritonite, elle souffre considérablement du ventre, et a

de la fièvre. En l'examinant, je constate dans le cul-de-sac postérieur la présence de tumeurs développées dans les annexes, et je propose l'intervention immédiate.

L'opération a lieu le 9 février 1891.

Dès que la malade est placée sur le plan incliné, on ne remarque pas les modifications habituelles dans l'aspect du ventre. Je fais une incision sous-ombilicale de douze centimètres, que je poursuis ensuite au-dessus de l'ombilic.

La cavité péritonéale est difficile à ouvrir, car, l'épiploon est complètement adhérent à la paroi. Je détache ces adhérences et refoule l'épiploon en haut, afin de le réséquer ensuite. L'intestin grêle paraît couvert de granulations miliaires, les anses sont agglutinées entre elles et adhérentes au bassin. Je cherche ces adhérences, et détache chaque anse séparément, en prenant soin de les refouler à mesure. Je mets ainsi à découvert l'utérus et les annexes, qui sont masqués par une sorte de pseudo-membrane.

La surface de l'utérus est couverte de granulations tuberculeuses. En avant, la vessie apparaît épaissie, et la séreuse qui la tapisse est également granuleuse. A gauche, les annexes sont isolées avec précaution, la trompe et l'ovaire sont kystiques, le volume de la trompe dépasse celui du pouce, elle a l'aspect d'une anse d'intestin. Le pédicule est formé au ras de l'angle utérin au moyen d'un double fil en chaîne. A droite, la disposition des annexes est analogue, elles sont couvertes de granulations. Leur isolement est délicat, mais il se fait avec toute la sûreté désirable, le détachement des adhérences se faisant à ciel ouvert et loin de l'intestin qui est descendu vers le diaphragme. La toilette du péritoine, l'inspection des fosses iliaques, sont faites rapidement et avec une sécurité absolue; nulle part, on ne trouve de foyers

purulents, mais partout, on rencontre des granulations miliaires.

Toute la portion de l'épiploon qui était adhérente à la paroi est réséquée. Un gros drain est placé dans le cul-de-sac de Douglas, puis la paroi fermée par deux étages de sutures. Pansement avec gaze iodoformée et ouate de tourbe.

Durée, 1 h. 5. Chloroforme, 50 grammes. La malade est actuellement encore en traitement et en bonne voie de guérison.

OBSERVATION XIV

E. Sternann. Citée dans Delbet. *Suppurations pelviennes*, p. 483.

A H..., domestique, 28 ans.

Entrée le 19 juin 1887. Réglée à 17 ans. Ménorrhagies peu de temps avant sa maladie. En février 1887, douleurs dans l'hypogastre ; traitement médical. Le 16 juin, deux tumeurs volumineuses, la plus grosse à droite. Écoulement purulent par l'utérus. Le 23, laparotomie. Tubercules dans l'épiploon. Adhérences considérables du côté droit. Ablation de la trompe et de l'ovaire fort pénible. Ablation du côté gauche plus facile. Peu d'hémorrhagie. Pas de lavage ni de drainage. Réunion par première intention, seulement un peu de pus autour d'un fil, plus deux abcès gros comme des pois. Mais douleurs dans l'hypogastre. La malade a été revue le 21 novembre. Bonne apparence, elle a augmenté de neuf livres ; plus d'écoulement vaginal. Dans les grands efforts, douleur à droite dans l'hypogastre.

Par l'examen, on ne sent rien autour de l'utérus.

Au-dessus du ligament de Poupart, petites tumeurs dures au toucher.

OBSERVATION XV

E. Stemann. Citée dans Delbet. *Suppurations pelviennes*.

Antécédents tuberculeux. Règles faibles ; pendant les règles, douleurs dans la région inguinale gauche. Toux sèche. Mariée en 1884. Depuis, douleurs continuelles, surtout du côté gauche. Frissons, perte d'appétit, défécation douloureuse, règles peu abondantes, amaigrissement. Mars 1885, état misérable. Poumons sains, abdomen mou, indolent. A droite, tumeur bien limitée, obscurément fluctuante ; à gauche, tumeur plus grosse, paraissant fortement adhérente à la paroi du bassin.

L'état général se relève sous l'influence du traitement ; mais les douleurs augmentent.

Laparotomie le 12 septembre 1885. Adhérences de l'épiploon avec la paroi antérieure du bassin. Les deux trompes se dirigent en bas et en arrière vers la face postérieure de l'utérus. La gauche est très adhérente au feuillet postérieur du ligament large. Ablation de la trompe et de l'ovaire gauche. Ablation de la trompe droite qui se rompt ; l'ovaire droit est laissé. A l'endroit de la rupture, il reste un petit morceau de la trompe. Le ligament large est touché au thermo-cautère. Toilette soignée (sans lavage) avec sublimé (1 pour 1.000), puis à 1 pour 4.000, puis avec l'acide phénique. Comme il reste un espace vide, on remplit la vessie d'eau boriquée. Suture sans drain (1 heure 1/2). Le 26, examen : La pression sur l'utérus est un peu douloureuse. Petite tuméfaction sensible dans le cul-de-sac postérieur. Se lève le 27 : douleurs à la suite dans l'hypogastre. Après quelques jours de repos, les douleurs cessent.

5 octobre. — Bon état, pas de douleurs ; à la fin d'octobre, règles douloureuses, petit exsudat sensible.

9 novembre. — Petite tuméfaction encore à peine sensible.

6 mars 1888. — Bonne santé, règles régulières, mais un peu douloureuses.

OBSERVATION XVI

(E. Stemann. Citée par Delbet. *Suppurations pelviennes*, p. 484).

A... R..., 42 ans.

Reçue le 25 juin 1885. Règles régulières. Mariée dix ans; pas d'enfant.

Depuis deux ans, tumeur dans le bas-ventre, sensations douloureuses et miction difficile. Dans les premiers mois de 1885, rapide augmentation de la tumeur, sueurs nocturnes, manque d'appétit.

Le 10 mars. — La tumeur s'étend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; le 7 mai, presque à l'ombilic. Le 25 juin, femme anémique. Cœur et poumons sains, abdomen considérablement développé dans sa partie inférieure par la tumeur qui s'étend presque jusqu'à l'ombilic. Celle-ci, presque située sur la ligne médiane, est à peine large de deux travers de main, composée de plusieurs segments et peu mobile.

Le segment pelvien de la tumeur paraît moins dur, obscurément fluctuant. La corne gauche de l'utérus paraît unie à la tumeur. Urines troubles. Le 3 juillet, examen digital de la vessie après dilatation de l'urèthre; on ne trouve pas de perforation.

Laparotomie le 11 juillet. Adhérences avec le mésocolon, l'épiploon, la vessie, le cœcum.

À droite, annexes normales. Ablation de la trompe gauche, elle se rompit. Les surfaces de séparation, infiltrées de pus, sont touchées au thermo-cautère. Le péri-

toine est suturé et ramené au-dessus des escharres. Une portion de la paroi abdominale, infiltrée de pus, est réséquée. Toilette sans lavage. Suture sans drainage. Réunion par première intention. Sort en très bon état le 11 août.

Le 24 août 1886, pendant que la malade très bien portante, s'occupait dans sa maison, elle est prise de malaise, et, dans l'espace d'une heure, elle meurt avec des symptômes d'hémorrhagie interne.

OBSERVATION XVII

Communication de M. Championnière à la Société Anatomique, 1890, p. 383.

La nommée G. M..., âgée de 34 ans, sans profession. Elle est entrée le 25 juin 1890, dans le service de M. Lucas. Championnière, à l'hôpital St-Louis.

Réglée depuis l'âge de 12 ans ; ni enfant, ni fausse couche. Il y a 10 ans, traitée pour une rétroversion, quatre ans plus tard, pour un phlegmon du ligament large gauche. Depuis ce temps, elle souffre continuellement du côté gauche du ventre, sans exagération des douleurs au moment des règles. En outre, elle garde presque toujours le lit, car, à ces douleurs abdominales, se joignent des phénomènes parétiques des deux jambes et du bras gauche.

Examinée à son entrée à l'hôpital St-Louis, état de santé en apparence assez bon. Hyperesthésie marquée des parois abdominales ; mais l'exploration des points ovariens ne détermine qu'une douleur peu vive.

Au toucher, utérus en rétroflexion. Peu mobile, douloureux. Tumeur volumineuse dans le cul-de-sac gauche, peu sensible, de consistance ferme. Elle se continue ma-

nifestement avec la corne utérine du même côté. Dans le cul-de-sac droit on sent avec peine une tuméfaction très élevée.

Laparotomie le 11 juillet. Adhérences épiploïques très-étendues. Annexes trèsadhérentes de chaque côté de l'utérus. Libération très sensible. Suture de la paroi abdominale. Suites opératoires simples, sans élévation de température.

Examen des pièces. — A droite, trompe dilatée, rectiligne, surtout développée au niveau de son extrémité abdominale. L'ovaire est caché sous le bord inférieur de la trompe.

A gauche, la trompe présente des altérations analogues mais elle est recourbée et sinueuse. L'ovaire est fondu avec elle, et est en partie déchiré. A la coupe, on trouve dans les trompes un contenu analogue comme aspect à celui des kystes dermoïdes. Enfin les parois tubaires présentent par places de la dégénérescence calcaire.

Examen histologique par M. le professeur Cornil. Le contenu des dilatations des trompes est tout à fait semblable comme apparence à celui des kystes sébacés ou dermoïdes. Il est opaque, comme huileux, de couleur jaune brunâtre ; il graisse les doigts. L'étude histologique de ce liquide huileux montre en outre des cellules rondes en dégénérescence graisseuse et des granulations libres.

La paroi de ces dilatations est fibreuse, de 1 à 3 millimètres d'épaisseur. Le contenu adhère fortement à la paroi. La surface interne de la paroi est jaunâtre, couleur chamois, irrégulière, avec des plaques proéminentes jaunes brunâtre ; par places on y voit aussi des plaques calcaires.

Les deux trompes sont altérées de la même façon ; elles offrent l'une et l'autre la grosseur d'un œuf au niveau de leur partie dilatée, qui est la plus extrême. Le pavillon des trompes est oblitéré.

La surface péritonéale des trompes très vascularisée, ne présente pas de granulations tuberculeuses.

Les trompes avaient été sectionnées à leur insertion utérine. Dans leur trajet, du point sectionné au point dilaté, elles sont volumineuses, de la grosseur du petit doigt. Sur leur section transversale, on constate un tissu semi-transparent, dense, qui a épaissi leur paroi, au point d'avoir oblitéré la lumière de leur canal.

Cet épaississement et une apparence granuleuse du tissu nous ont fait penser à la tuberculose. Le produit du raclage de la surface de section à l'état frais, nous a montré des cellules géantes en grande quantité, les unes colossales, ayant 150 μ de diamètre, avec des noyaux innombrables, les autres 40 à 50 μ et aussi des cellules épithélioïdes ne possédant que 2 ou 3 noyaux. Sur la section de ces parties des deux trompes ainsi infiltrées, et dont la lumière n'était pas visible, il n'y avait pas de pus.

Les coupes, pratiquées après le durcissement dans l'alcool ont montré dans la partie épaisse de la trompe les lésions de la tuberculose. Les végétations et plis frangés de la muqueuse des trompes sont épaissies et présentent seulement de distance en distance des lacunes tapissées par un épithélium cylindrique très bien conservé. Ces lacunes offrent dans leur intérieur quelques globules blancs. La lumière des trompes est oblitérée par la formation du tube conjonctif embryonnaire des plis et végétations. Au milieu de ce tissu embryonnaire, il y a de nombreux follicules tuberculeux avec leurs cellules géantes et épithélioïdes.

J'ai cherché les bacilles de la tuberculose sur quatre préparations, sans en trouver.

Il s'agit, en somme, dans ce cas, d'une forme très rare de tuberculose de la trompe.

M. Lucas-Championnière a eu, il y a quelques jours, d'excellentes nouvelles de la malade (11 juillet 1891).

OBSERVATION XVIII

Polailon. *Bullet. Soc. Chir.*, 1890, XVI, p. 493.

Femme âgée de 41 ans, de souche tuberculeuse ; son père est mort tuberculeux. Elle n'a pas eu d'enfants.

Lorsqu'elle est entrée dans mon service de la Pitié, le 6 janvier 1890, elle souffrait depuis huit mois de douleurs abdominales, accompagnées de vomissements. En même temps, son ventre avait grossi, et elle avait beaucoup maigri. Son teint est pâle. Elle a l'aspect d'une personne atteinte de phthisie pulmonaire, mais elle ne tousse pas.

Nous reconnaissons qu'il s'agit d'une tumeur kystique, et la ponction donne un liquide purulent.

L'ovariotomie eut lieu le 21 janvier 1890. L'opération fut extrêmement difficile, parce qu'il s'agissait d'une trompe distendue par un épanchement purulent avec des adhérences très résistantes à la partie postérieure du bassin. Il me fut impossible d'enucléer toute la tumeur, dont le fond fut suturé à la paroi abdominale.

Ce qui fut le plus remarquable, c'est que le péritoine pariétal, ainsi que le péritoine qui recouvre l'intestin étaient criblés de granulations tuberculeuses, les unes transparentes, les autres rouges, granulations grosses comme des lentilles ou comme des pois.

Je fis un lavage très soigné du péritoine pour le nettoyage des masses caséeuses, du pus et du sang qui s'étaient épanchés pendant l'opération, puis je suturai l'abdomen, très inquiet du résultat de cette opération, en rai-

son surtout de la généralisation de la tuberculose au péritoine.

Contre mon attente, les suites furent très simples. Aucune fièvre, aucune complication. Les vomissements cessèrent complètement. L'appétit revint peu à peu, et graduellement, la malade récupéra de l'embonpoint et des forces.

Il s'agissait donc, dans ce cas, d'une ovaro-salpingite tuberculeuse avec généralisation au péritoine viscéral et pariétal.

Actuellement l'opérée que je présente a toutes les apparences d'une santé florissante. Le ventre est souple, sans tuméfaction, sans épanchement. Il reste une fistule au niveau du point où le fond du kyste a été fixé à la paroi abdominale. Cette fistule se guérira certainement à la longue.

OBSERVATION XIX

Communication de M. Walther de la Société de Chirurgie
(Séance du 1^{er} juillet 1896).

« En 1890, suppléant M. Monod, à l'hôpital Saint-An-
« toine, j'ai soigné une femme, atteinte de salpingite dou-
« ble, avec périmétrite très étendue.

« Après un assez long traitement par le repos et les
« injections chaudes, les douleurs augmentant d'intensité,
« je me décidai, sur la demande instante de la malade, à
« faire la laparotomie.

« A l'ouverture de l'abdomen, je trouvai le péritoine,
« farci de granulations tuberculeuses, sans épanchements.
« Les granulations étaient généralisées. Elles existaient

« sur le péritoine pariétal, étaient très nombreuses sur
« l'intestin grêle, sur la vessie, presque confluentes sur
« l'épiploom.

« Les annexes, prises dans de très grandes adhérences
« n'étaient même pas apparentes à la surface de la masse
« pelvienne, et la moindre tentative de décortication au
« milieu de ces masses fibreuses, provoquait un écoule-
« ment sanguin en nappe assez abondant. Dans ces con-
« ditions, en présence de cette éruption généralisée de
« tubercules miliaires, je n'insistai pas pour libérer très
« péniblement et très longuement les annexes. Je me con-
« tentai de faire le tamponnement à la gaze iodoformée,
« et je refermai le ventre.

« La malade se remit rapidement de cette laparotomie
« simplement exploratrice, et quitta l'hôpital au bout de
« trois semaines, se considérant comme guérie, car du
« jour de l'intervention, les douleurs avaient cessé.

« Grand fut mon étonnement de la revoir deux ans et
« demi plus tard à l'Hôtel-Dieu ; elle était venue me re-
« mercier, se considérant comme complètement guérie.
« Et de fait, à la palpation, l'abdomen était absolument
« souple et indolore, et le toucher vaginal permettait de
« constater une résorption complète de la double salpin-
« gite, et des exsudats pelviens. L'utérus avait sa mobi-
« lité normale, les culs-de-sac du vagin étaient souples et,
« libres, non douloureux.

« Cette intervention incomplète, cette simple laparoto-
« mie avec drainage iodoformé, a eu pour résultat immé-
« diat la disparition des douleurs, et comme résultat ulté-
« rieur, l'arrêt dans son évolution de la péritonite tuber-
« culeuse ».

OBSERVATION XX

Extraite de la thèse de M. Dalché. De l'ovarite, Paris, 1885.

La nommée B... (Anaïs), agée de 19 ans, entre le 23 août 1884, salle Ste-Marie, n° 41, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Gallard.

Cette jeune fille a été réglée pour la 1^{re} fois à l'âge de 11 ans; depuis les règles ont toujours été peu abondantes, irrégulières, avec des suspensions de deux à trois mois, et précédées 7 à 8 jours avant leur apparition de douleurs vives.

A l'âge de 14 ans, elle a une pleurésie gauche, dont elle s'est difficilement rétablie.

Au mois de juin 1884, elle a pour la première fois des rapports sexuels. Le 28 juillet, elle attend ses règles qui ne viennent pas, et se croit enceinte.

15 août. — A la suite d'un pénible voyage, la malade ressent de violentes douleurs abdominales, et le 20, ses règles font encore défaut.

Le 23, elle entre à l'Hôtel-Dieu et on constate alors au toucher de l'empâtement tout autour de l'utérus, avec prédominance dans les ligaments. Le ventre est un peu tendu, ballonné. Rien à l'auscultation des poumons. Souffle anémique dans les vaisseaux du cou.

Traitement. — Ventouses scarifiées, onctions mercurielles belladonnées. Cataplasmes.

15 septembre. — Phlegmatia de la jambe droite.

28 septembre. — Phlegmatia de la jambe gauche.

2 octobre. — L'œdème remonte jusqu'au niveau de la crête iliaque. Le ventre est toujours ballonné et douloureux.

Traitement : Toniques et vésicatoires.

Le 9 octobre. — Toucher. Le col utérin est attiré à gauche, et son orifice est dans l'axe du vagin.

A droite, quand on remonte haut, on trouve une tuméfaction mal limitée, se prolongeant vers le rebord de la fosse iliaque, tuméfaction résistante extrêmement douloureuse à la pression.

A gauche, le ligament est plus souple. Le cul-de-sac postérieur est libre, le cul-de-sac antérieur très étroit.

A la percussion de l'abdomen, on perçoit de l'obscurité du son dans la région ovarique gauche.

Le 25. — Le ventre est affaissé, la phlegmatia a complètement disparu, mais la pression dans la fosse iliaque gauche est toujours douloureuse et on y sent une plaque d'induration.

25 novembre. — On trouve maintenant de la résistance dans le haut du ligament large gauche.

12 décembre. — Tumeur dure, presque ligneuse dans chacun des culs-de-sac latéraux.

10 janvier 1885. — La malade a dans la journée huit attaques épileptiformes, attaques des mieux caractérisées : l'aura part de la jambe droite. Depuis quelque temps déjà, elle se plaignait de grand mal de tête, et d'une diarrhée fétide.

Le 14. — Nouvelle attaque épileptiforme.

Le 17 février. — Depuis quatre jours, la céphalalgie a augmenté, et des vomissements sont survenus. La malade se plaint d'avoir des brouillards devant les yeux, de la diplopie par instants, et des bourdonnements d'oreille. Le pouls est petit, un peu lent; pas d'élévation de température, pas d'irrégularité des mouvements respiratoires.

Le 24. — Céphalalgie intense, cris nocturnes, proose de la paupière supérieure gauche, et déviation de la face du même côté. Le pouls est fréquent, et la température assez élevée.

26. — Coma. Strabisme intermittent de l'œil gauche.

27. — Mort.

Autopsie. — Cerveau. — Hémisphère droit. — A la partie postérieure de la scissure de Sylvius, à peu près au niveau du pli courbe, existe sous les méninges un léger épanchement de sang.

Autour de la scissure de Rolando, le long des vaisseaux se voient quelques tubercules disséminés, qui n'ont pas provoqué de vive réaction inflammatoire. C'est au niveau du lobule paracentral que l'on constate de nombreux tubercules agglomérés par petits groupes.

Hémisphère gauche. — Moins de lésions. On ne trouve de tubercules que sur la face inter-hémisphérique.

Rien dans les ventricules. — Le pédoncule gauche présente à la coupe de petits foyers hémorragiques qui se continuent avec une bouillie hémorragique, siégeant au niveau du *vermis superior* du cervelet.

Poumons. — Pas de tubercules. Emphysème du sommet gauche.

Petit bassin. — L'S iliaque est plusieurs fois infléchi, de telle sorte qu'elle passe horizontalement en arrière du col de l'utérus, et sépare les organes génitaux du rectum.

L'utérus est normal. En avant il est intimement uni à la vessie, et, en arrière, il a contracté des adhérences fibrineuses et assez longues avec l'S iliaque.

La trompe gauche, augmentée de volume, flexueuse, longue de 11 cm. est adhérente aussi à l'S iliaque. Elle arrive sur un ovaire gros, de forme sphérique, ayant 3 cm. de haut sur 3 cm. de large. Cet ovaire est adhérent d'une part à l'utérus, le long duquel il est tombé, de telle sorte qu'il descend jusqu'au niveau du col ; d'autre part à l'S iliaque.

La trompe gauche, augmentée de volume, flexueuse, longue de 11 centimètres, est adhérente aussi à l'S ilia-

que. En cet endroit, on remarque dans l'intestin un orifice qui communique avec une cavité purulente creusée dans l'intérieur de l'ovaire.

La trompe droite, pareillement augmentée de volume et flexueuse, arrive sur un ovaire suppuré ayant 4 centimètres dans tous les sens, adhérent à l'S iliaque, mais ne communiquant pas avec lui. Les deux cavités purulentes sont très vastes ; la coque qui les environne n'a pas une épaisseur d'un demi-centimètre. De plus, sur les parois de l'ovaire gauche se trouvent deux petits noyaux en voie de ramollissement.

Les trompes ont leur lumière pleine de matière puriforme, et la trompe droite nous présente en outre cinq ou six points abcédés.

L'examen histologique démontre que cette ovarite est d'origine tuberculeuse. Au voisinage de l'abcès se voient des lésions types de tuberculose, cellules géantes, entourées de cellules épithélioïdes et de cellules embryonnaires, agglomération de cellules embryonnaires, dont le centre dégénéré a été enlevé ; ce qui se traduit sur la coupe par un vide.

Mais ces lésions, loin d'être localisées autour de l'abcès, existent dans toute la paroi. Elles sont remarquables au niveau de la couche ovigène : on y trouve en effet, tantôt des points de tuberculose infiltrée se confondant insensiblement avec le reste du tissu, tantôt un petit tubercule avec plusieurs cellules géantes, entouré d'une zone fibreuse. Les deux noyaux que nous avons remarqués dans l'examen macroscopique ne sont que deux gros tubercules massifs.

Les lésions inflammatoires sont minimales et d'une importance tout à fait secondaire. Cependant, en certains endroits, les vaisseaux sont dilatés et pleins de globules.

Rien n'autorise à penser que les ovisacs ont été le point de départ de l'affection. Tous ceux que nous avons vus,

et ils sont en assez grand nombre, ne présentent pas d'altération assez appréciable. D'autre part, aucun des foyers tuberculeux ne paraît s'être développé dans une cavité dont il reste des traces.

Vu par le Président de la thèse
TILLAUX

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer:
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- SENN. — Etat tuberculeux des organes génitaux de la femme avant la puberté (Arch. de Méd. 1831 1 vol. XXVII).
- LOUIS. — Recherches sur la phtisie 1825.
- MAMIAS. — Sulla tuberculosi dell utero et degli organi ad esso attenenti (in Memorie dell istituto stesso) Venezia 1858, vol, VII,
- PILLAUD. — Des tuberculoses de l'ovaire et de la trompe Thèse de Paris, 1860.
- ROKITANSKY. — Ein Fall von Tuberkel in den ovarien (1860). Allg. Wien. Méd. Zeitung 1860 tome V page 13.
- BERNUTZ et GOUPIL. — Clinique médicale des maladies des femmes, 1862.
- VERNEUIL. — Lésions des organes génitaux chez les tuberculeuses. Thèse (1860).
- BROUARDEL. — La tuberculose des organes génitaux de la femme. Thèse de Paris, 1865.
- LÉPINE. — Société anatomique, 1873, p. 674.
- VERCHÈRE. — Les portes d'entrée de la tuberculose. Thèse, 1883.
- FERNET. — De l'infection tuberculeuse par la voie génitale.

Bulletin soc. méd. des hôpitaux, 1884, et Gazette hebdomadaire, 1885.

GEHLE. — Ueber die primäre Tub der weiblichen Genitalien. Heidelberg, 1881.

DALCHÉ. — De l'ovarite. Thèse, 1885.

HEGAR. — Tuberculosa génitale chez la femme. Stuttgart, 1886.

KOTSCHAU. — Arch. für gynek. XXI, 1887.

— Journal des Con. méd., 1888. Cornil.

— Société pathologique de Londres, 1888.

CORNIL et DOBROKLONVSKI. — De la tuberculose expérimentale de l'utérus. Contagion de la tuberculose, juillet 1888.

DAURIOS. — Tuberculose des organes génitaux de la femme. Thèse de Paris, 1888-1889.

DE MASSIA. — Salpingo-ovarite tuberculeuse. Th. de Paris, 1890-1891.

CORNIL et TERRILLON. — Archives de physiologie, 1887.

CORNIL. — Leçons, 1889.

REDOHL. — Central für Gynœk, 1888, n° 20.

DUDEFOY. — Soc. anatomique, 15 mars 1889.

TERRILLON. — Arch. de tocologie, 1889.

POZZI. — Traité de gynécologie, 1890.

POLAILLON. — Bulletin, Soc. Chirurg., 1890, XVI, p. 493.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Communication à la Soc. Anatomique, 1890, p. 383.

DELAGENIÈRE (H.). — Du plan incliné dans certaines laparotomies. Progrès Médical, 21 mars 1891.

DELBET. — Des suppurations pelviennes, Paris 1891.

ROUTIER. — Congrès français de chirurgie 1891.

SINETY (de). — Traité de Gynécologie.

THIERCELIN. — Tub primitive des trompes. Soc, Anatomiq.
1889.

TILLAUX (P.). Traité de Chirurg. Clinique, 1894.

WALTHER. — Soc. Anatomiq. 1^{er} juillet 1896.

